

**LOKAL PLAN FOR TVERRFAGLIG SPESIALISERT  
RUSBEHANDLING (TSB) INNENFOR HELSE STAVANGERS  
FORETAKSOMRÅDE 2017-2021**



## Innledning

De personlige, familiære, sosiale og samfunnsmessige skadevirkningene av rusproblemer er av Verdens helseorganisasjon definert som ett av de store helseproblemene i vår tid. Rusmiddelproblematikk kommer sjelden alene, men opptrer i ulik alvorlighetsgrad samtidig med psykisk uhelse og somatisk sykdom. Derfor er det riktig at spesialisthelsetjenesten også framover bygger videre på en integrert tilnærming til pasienter og deres pårørende som vi møter med denne type problematikk. Alle enheter i foretaket skal ha en grunnleggende forståelse og kunnskap om rusrelaterte vansker for raskest mulig kunne sette inn de rette tiltak eller sikre overføring til Tverrfaglige spesialiserte rustjenestene (TSB).

Å kunne yte samtidig hjelp for rus – psykisk og somatiske vansker er en forutsetning for å gi effektiv hjelp. Det inkluderer også å involvere pårørende. Psykiske problemer og rusavhengighet starter ofte i tidlig alder og kan kalles de unges lidelse. I strategiplanen for Helse 2020 blir dette erkjent og definert som eget satsningsområde. Vi vil i denne planen anbefale en forsterket satsning innen tidlig intervensjon.

Opptrappingsplanen for rus, Samhandlingsreformen og Ny nasjonal helseplan legger føringer for samhandlingen mellom kommunenes tjenestetilbud og spesialisthelsetjenesten. En ny lokal plan for spesialisthelsetjenesten for de kommende årene tar hensyn til dette. Avklaringen om grenseoppganger blir beskrevet flere steder i planen.

Halvparten av tilbudet til pasienter med rusproblemer gis i dag av private ideelle institusjoner som Helse Vest RHF har inngått avtale med. Helse Stavanger HF har et samordnings- og koordineringsansvar for å sikre gode behandlingsforløp og ressursutnytting uavhengig av organisatoriske tilknytninger. Samhandlingen mellom foretak og de private ideelle er god. Endringer i ansvarsområder og arbeidsfordeling vil også framover avklares i dialog mellom RHF, HF og de private ideelle. Denne planen fokuserer mest på utvikling av foretakets egne spesialiserte tilbud innen TSB.

Organisasjonskartet for Helse Stavangers tilbud innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i endring. Fra 2017 blir dette samlet i egen Avdeling for rus og avhengighetsbehandling. (ARA). Avdelingen inngår i Klinikk for psykisk helse, barn, unge og rusavhengige. Tilbud for pasienter på § 10 -2 vil inntil videre få tilbud innen Klinikk for psykisk helse voksne. Tidligere var tilbudet samlet i en seksjon i Avdeling for unge voksne (AUV). I planen vil dere se at statistikk henviser til AUV og flere steder i planen vil både benevnelsen ARA og AUV bli brukt.

Pasienter bosatt innen vårt foretaksområde kan også nytte seg av tilbudene i andre helseforetak og hos alle private ideelle som har driftsavtale med RHF – et. Det er ikke noen økonomiske transaksjoner mellom foretakene for at tilbudet er tilgjengelig for alle pasienter i hele RHF- området. Forslaget til ny Lokal plan for TSB forutsetter at denne ordningen fortsetter selv om det skulle bli endringer i innhold i de forskjellige tilbudene.

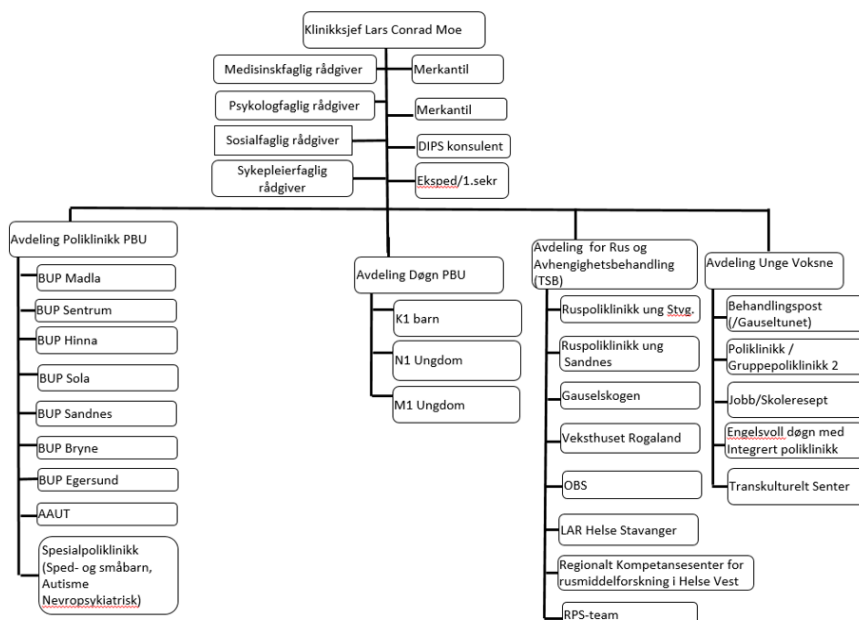
Det er økt innsats innen forskning og dokumentasjon av hvilke behandlingstiltak og tilbud som virker. Kort oppsummert viser forskningen og våre resultater:

- 5 prosent av de med omfattende problemer kommer seg ut av avhengigheten/psykisk lidelse
- 95 prosent av dem med mildere problemer kommer seg ut av avhengigheten/ psykisk lidelser
- Tidlig debut og samtidig psykisk lidelse er den mest kompliserende faktor
- Legemiddelassistert rehabilitering er det mest kostnadseffektive tiltak vi har for å redusere dødelighet med 50 prosent.
- Gjennomføring av behandlingsforløp er vurdert til å være det viktigste suksesskriteriet for all behandling i TSB
- Betydningen av godt forarbeid/ behandlingsstart gjør at langt flere gjennomfører behandlinger

- Tall fra JobbResept viser at 70 prosent av de som kommer fra heldøgnshandling kommer i arbeid/skole/jobb

Slike funn gir grunn til optimisme og at behandling nytter.

### Organisasjonskart:



### Dagens behandlingstilbud i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen Helse Stavanger HF foretaksområde

Klinikk for barn, unge og TSB, Avdeling for rus og avhengighet	Klinikk for psykisk helse voksne, avd.B3	Rogaland A-senter	Frelsesarmeens behandlingssenter	Kirkens sosialtjeneste TSB Stavanger
Psykiatrisk ungdomsteam ( ruspoliklinikk ung) -Stavanger og Sandnes	Tvang § 10 -2, 10-4	Tvang gravide § 10 -3	Døgnklinikk (inkl.§ 10 -4)	Døgnklinikk (inkl.§10-4)
Oppsøkende behandlingsteam Stavanger		Avrusingsenhet Akutt TSB	Stabilisering- og utredningsavd.	Stabilisering- og utredningsavd.
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)		Ruspoliklinikk	Dagtilbud	
Døgnklinikker (inkludert §10-4): • Gauselskogen • Veksthuset		Ambulante tjenester	Ambulante- og polikliniske tjenester	Ambulante- og polikliniske tjenester
Ruskonsulent-ordningen SUS		Døgnklinikk (inkl. § 10 -4)		
Drop - out team		Avd. for gravide og småbarnsfamilier		

## Innhold

	Side
1.	Bakgrunn og mandat 6
2.	Nasjonale føringer for utvikling av tjenestetilbudet knyttet til rusrelatert problematikk 7
3.	Regionale føringer for utvikling av tjenestetilbudet knyttet til rusrelatert problematikk 8
4.	Lokalt handlingsrom og behovet for lokal innovasjon i utvikling av tjenestetilbudet knyttet til rusrelatert problematikk 9
5.	TSB – status 10
5.1	Hvem er pasientene 10
5.2	Om tjenestetilbudet 19
5.3	Resultater 23
5.3.1	Brukererfaringsundersøkelser 25
6.	Vår forståelse av rusrelatert problematikk, avhengighet, og avhengighetsbehandling - med prinsipper for god behandling og organisering av tjenestetilbudet 26
7.	Forslag til tiltak 29
7.1	Tilgjengelighet 29
7.1.1.	Tiltak for å nå flere unge 29
7.1.2	Akutt- og avrusingstilbud 32
7.1.3	Tilgjengelighet og likeverdige tilbud 33
7.1.4	Forslag til videreutvikling av ruskonsulentordningen på SUS 33
7.1.5	Videreutvikling av alkohol-studien 33
7.1.6	Kjønnsspesifikk tilnærming 34
7.1.7	Behandlingsstart med utsatte kvinner i fengsel – Utvidelse av tilbudet 35
7.1.8	Eldre og rus 36
7.1.9	Digitale kontaktformer og internettbaserte tjenester 36
7.1.10	Videre utvikling av BrukerPlan 36
7.2	Kontinuitet 37
7.2.1	Hvordan forhindre dropout blant de unge pasientene 37
7.2.2	Kontinuitet i helsetilbudet til pasienter med omfattende rusproblemer og somatiske lidelser – Etablering av fadderordning 37
7.2.3	Faglig utviklingsarbeid knyttet til behandlingsforberedende tiltak 38
7.2.4	Innleggelser i TSB døgnbehandling – kritisk overgang 38
7.2.5	Sikre kontinuitet ved avbrutt døgnbehandling 38
7.2.6	Dødelighet og overdoser 39
7.2.7	Videreutvikling av Stayer-studien- Nye måter å benytte kommunikasjonsteknologi 39
7.2.8	Brobyggeren 39
7.3	Individualisering 40
7.3.1	Arbeidsperspektivet 40
7.3.2	Kartlegge traumer mer systematisk 40
7.3.3	Individuell plan 41
7.3.4	Personlighetsforstyrrelser 41

7.3.5	Angst og affektive lidelser	41
7.3.6	Spilleavhengighet	41
7.3.7	Brakerstyring/recovery	42
7.3.8	Familie, pårørende og nettverksarbeid	43
7.3.9	Tilbud til personer med anabole androgene steroider og prestasjonsfremmende stoffer	45
7.3.10	Pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	45
7.3.11	Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke (rus)	46
7.3.12	Øke bruken av BRIEF-A	47
7.3.13	Implementere Kvalitetsregister for behandling av rus- og avhengighetslidelser	47
7.3.14	Flerkulturelle tilbud	48
7.3.15	Psykisk utviklingshemning og rusmiddelmisbruk	49
7.3.16	Styrking av kompetanse innen rumedisin	49
7.3.17	Styrking av polikliniske tjenester	50
7.3.18	Utvikling av en nasjonal standardisert versjon av FACT-tavle	50
8.	Oppsummering av forslag til tiltak	51
9.	Kilder	56

## 1. Bakgrunn og mandat

Ledergruppen ved Stavanger universitetssykehus vedtok i desember 2015 et mandat for arbeid med å lage en ny Lokal plan for TSB. Her heter det at planen skal bygge på statlige og regionale føringer for forebygging og behandling av rusrelaterte problemer slik de fremkommer i:

- Oppdragsdokument
- Regional plan for TSB 2015-2019
- Opptrappingsplanen for rusfeltet ( 2016 -2020)
- Nasjonale veiledere og faglige retningslinjer
- Nasjonal helseplan og sykehusplan (2016–2019)
- Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet ( 2014 -2015)

I planen skal det lages en statusbeskrivelsen av TSB og forslag til tiltak. Dette skal utarbeides i et samarbeid mellom behandlingstilbud, brukerorganisasjoner og forskningsmiljøene innenfor TSB. Private idelle aktører med driftsavtale med Helse Vest vil bli inkludert i planarbeidet. Et representativt utvalg av kommuner og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten blir også inkludert.

### Tiltakene i Lokal plan skal bidra til:

- En økt satsing på kvaliteten i behandlingstilbudene
- Avklare grenseoppganger til kommunenes ansvarsområder både innen forebygging og tidligere hjelp for rusrelaterte problemer, samt oppfølging av målgrupper.
- Konkretisere hvordan behandlingsapparatet kan gjøres mer tilgjengelig
- Konkretisere hvordan kontinuiteten i behandlingen kan forbedres
- Konkretisere hvordan behandlingssinnsatsene kan skreddersys til den enkelte pasient.
- Konkretisere hvordan behandlingssinnsatser og behandlingsforløp vil bli monitorert
- Konkretisere hvordan pasienter kan få mer integrert og samordnet behandling i spesialisthelsetjenesten med innsats fra somatikk – psykisk helse og rus tjenester
- Vurdere behov for endringer av dagens tilbud og foreslå nødvendige tiltak både innen kvalitet og kapasitet

En ny Lokal plan må ta hensyn til at tilbudene i årene framover primært skal bygges opp og gis i pasienters nærmiljø i kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal støtte opp om arbeidet i kommunene og gi tilbud om utredning og behandling av mer alvorlige tilstander.

### Organisering og deltakelse

Planarbeidet har blitt organsiert som et prosjekt med styringsgruppe og prosjektgruppe. Styringsgruppen har vært partssammensatt med deltakere fra Ledergruppen i foretaket og hovedtillitsvalgte og vernetjeneste. Prosjektgruppen har hatt et arbeidsutvalg bestående av avdelingsdirektør for Avdeling for unge voksne, 1 fra Rus- psykiatri- somatikkteamet og 1 fra Korfor. Prosjektgruppen har blitt ledet av Avdeling for unge voksne og avdelingsdirektør har hovedansvaret for utredningen.

Prosjektgruppen har vært bredt sammensatt:

Tore Berge fra Rus- psykiatri og somatikkteamet (RPS team)  
Espen A. Enoksen fra RPS-teamet og KORFOR  
Liljan H. Kristensen, møtereferent fra RPS teamet

Ole Petter Halvoren, MOBA, Mottaksklinikken

Rolf Haaland, Sandnes DPS

Jens Kristoffersen, Barne – ungdomspsykiatrisk avdeling

Kenneth Egeland, Aleksander W. Skålevik og Trine Karlsen som brukerrepresentanter

Anne Kari Dahl, Hilde Wikheim, Anders Hellmann og Finn Johansen fra private ideelle tilbydere innen TSB

Ole Hegg og Stian Korneliussen fra Seksjon rus og psykiatri i Avdeling for unge voksne

Bjarte Sælevik og Sigrid Dalaker som representanter fra kommuner ( utpekt av Samhandlingsutvalget)

Marit Orre tillitsvalgt NPF

Anita Hitsøy, FO

Therese Lysholm, verneombud

Randi Mobæk, avdelingsdirektør

Prosjektgruppa har hatt stort engasjement. Det er avholdt 5 fellesmøter og i tillegg er det jobbet i underarbeidsgrupper for å fordype seg i ulike temaer og komme med skriftlige innspill på fellesmøter. Innspillene er det tatt hensyn til i utformingen av planen.

Det har blitt avholdt et eget møte for å sikre innspill fra det lokale forsknings- og tjenesteutviklingsmiljøet.

## **2. Nasjonale føringer for utvikling av tjenestetilbudet knyttet til rusrelatert problem**

De seneste årene er det kommet en rekke nasjonale dokumenter som legger føringer for utvikling av tjenestetilbudet knyttet til rusrelatert problematikk. I 2012 kom Stortingsmelding nr. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. I 2014 kom Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Og i 2015 kom Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Hvert år blir det også gitt føringer i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. I tillegg har de nasjonale myndighetene gjennomført en storstilt satsing når det gjelder å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer knyttet til rusrelatert problematikk. Helse Stavanger har deltatt aktivt i dette arbeidet.

Føringene vektlegger å sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet. Fokus skal i enda sterkere grad flyttes fra ”Hva er i veien med deg?” til ”Hva er viktig for deg?». Brukermedvirkning og mestringperspektivet må ligge i bunn i møte med rusmiddelavhengige og en skal tilstrebe at alle brukerne har en aktiv og meningsfylt tilværelse. Brukernes behov skal være utgangspunktet for tjenestene som ytes, og samarbeid med brukerne og pårørende er grunnleggende for å tilrettelegge tjenestene på en god måte.

Det skal arbeides for at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig og alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat. Tjenestene må møte brukerne på nye arenaer når dette er hensiktsmessig.

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) vektlegges det at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må integreres bedre i framtidens spesialisthelsetjeneste, slik at pasientenes behov for sammensatte tjenester imøtekommes. Mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer skal ha like rask og god utredning og behandling av sine somatiske helseproblemer som andre pasienter. Brukerne skal oppleve helsetjenesten som én tjeneste på tvers av fagområdene.

### 3. Regionale føringer for utvikling av tjenestetilbudet knyttet til rusrelatert problem

Regional plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble vedtatt i styret i Helse Vest RHF den 8. desember 2014. Planen viser hvordan tjenester innen TSB skal videreutvikles i helseforetakene og hos private leverandører i perioden 2015-2019. Representanter fra helseforetakene, private ideelle organisasjoner som Helse Vest har avtale med, og organisasjoner for ansatte og brukere deltok i arbeidet med utarbeidelsen av planen. I den regionale planen blir det foreslått fem overordnede strategier for utviklingen av tjenestetilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i helseregionen:

- Brukermidvirknings- og mestringsperspektivet må ligge til grunn i møte med rusmiddelavhengige.
- I samarbeid med kommunene må det legges vekt på tidlig hjelp.
- Tjenestetilbudet må være differensiert og ha en bredde som er tilpasset ulike behov.
- Tjenestene må være fleksible og møte personer med rusmiddelproblem på nye arenaer når det er formålstjenlig.
- Tjenestetilbudet må være helhetlig og støttet med nødvendig samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og andre viktige parter gjennom forløpet.

I arbeidet med den regionale planen har det blitt lagt vekt på at utredning og vurdering av tjenestetilbudet i TSB skal gjenspeile en forløpstenkning. Planen inneholder derfor beskrivelse av utfordringer og forslag til spesifikke tiltak knyttet til forebygging/tidlig hjelp, henvisning, behandling og oppfølging. Planen inneholder totalt 36 tiltak, inkludert tiltak knyttet til kvalitet og forskning, og tiltak som omhandler samhandling med kommunene.

11 av disse tiltakene er oppført som særlig prioriterte tiltak (s.41). Helse Stavanger HF har i samarbeid med private leverandører av TSB, og til dels sammen med kommuner, allerede gjennomført noen av disse tiltakene. Andre tiltak har hatt spesiell oppmerksomhet under utarbeidelsen av Lokal plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Stavanger helseforetaksområde.

Styringsdokumentet 2016 fra Helse Vest RHF har følgende hovedmål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

For TSB innebærer dette følgende oppgaver:

- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 40 dager for TSB
- Ingen fristbrudd.
- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå (...) Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner)
- Styrke desentralisert behandlingstilbud (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern og rus.
- Registrere alle nye pasienter innen TSB i kvalitetsregister rus.
- Legge til rette for samvalg
- Styrke arbeidet med tidlige intervensjonsstrategier



#### **4. Lokalt handlingsrom og behovet for lokal innovasjon i utviklingen av tjenestetilbudet knyttet til rusrelatert problematikk**

Tjenestetilbudet knyttet til rusrelatert problematikk er under økende press for å utvikle og samordne tjenestene bedre overfor brukerne, og godt er det. I debatten om rustjenestenes utvikling i norden er det blitt hevdet at rustjenestene i økende grad er passive mottagere av helsepolitiske styringssignaler, og at dette kan gå på bekostning av kvaliteten i rustjenestene (Stenius 2011). Men en studie fra KORFOR som beskriver tjenesteutvikling i tre nordiske bykommuner tyder på at det er liten uenighet om målsettinger mellom nasjonalt og lokalt nivå (Næss 2014). Resultatene fra studien viser at tjenestutviklingsaktørene lokalt opplever et stort handlingsrom i forhold til valg av virkemidler. Lokalt utviklingsarbeid lykkes best der hvor rustjenestene kombinerer overordnede faglige retningslinjer med lokalt tilpassede løsninger. Lokal innovasjon drives frem i en kombinasjon av oppmuntrende lokal ledelse som gir fagmiljøene kreativt armslag og lokale fagmiljøer som lar seg inspirere av forskning. Lokal innovasjon blir nødvendig for å finne de gode løsningene slik at tjenestene blir tilgjengelige, for at tjenestene skal være individuelt tilpasset den enkelte og at tjenestene (samlet) skal være i stand til å tilby kontinuitet i behandlingen.

## 5. TSB status

I dette kapittelet forsøker vi å belyse kven som er pasientene i TSB, beskriver innholdet i tjenestetilbudet og hvilke resultater som behandlingsforløpene kan vise til. I beskrivelsen av pasienter fokuserer vi kun på tilbudene i Helse Stavanger HF og ikke hos private ideelle virksomheter med avtale med det regionale helseforetaket. Oversiktene bygger mest på tallgrunnlag for 2015 og 2016.

### 5.1 Hvem er pasientene?

Pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling har ulik alvorlighetsgrad og kombinasjoner av rus, somatisk og psykisk lidelse. Pasientenes alder kan variere fra 15 til 50 år. Alle blir vurdert i forhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskrift. Varigheten og omfanget av behandlingstilbudet skal tilpasses den enkelte og familiens behov. Noen klarer seg med poliklinisk behandling, mens andre trenger langtidsopphold på døgninstitusjoner, gjerne i kombinasjon med poliklinisk oppfølging.

Innen Avdeling for unge voksne,(AUV) fikk 1308 unike pasienter tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av 2015. Enkelte pasienter hadde flere behandlingsekvenser. Tallet oppsummerer både det totale antall polikliniske og innlagte pasienter. Det er en økning på 130 pasienter i løpet av 5 år. I 2015 avsluttet 441 sin behandlingkontakt, mens 470 var førstegangshenviste. 171 pasienter fikk avslag på sin søknad om hjelp fordi de ikke hadde rett til helsehjelp i TSB.

I 2016 har AUV gitt tilbud til 1321 pasienter, en liten økning fra 2015. Utfra antall episoder fordelt på mengden pasienter tegner det seg et mønster med at den enkelte pasient får flere konsultasjoner. Antall personer som har uteblitt fra samtaler er i denne perioden også redusert, slik at det er tegn på at flere pasienter fullfører behandlingsforløpene. Den største økningen i antall nye pasienter skjer i de Psykiatriske ungdomsteamene, mens den største varige økningen skjer ved Lar Helse Stavanger. Pasienter i Lar trenger et mangeårig rehabiliterings- og behandlingstilbud, som for noen varer livet ut. Vi vil senere i rapporten omtale denne pasientgruppen.

66 pasienter fikk i 2015 langtidsbehandling i foretakets egne døgntiltak. 16 av disse var innlagt for første gang, 39 var re- henviste. Beleggsprosenten lå i 2015 gjennomsnittlig på 90 %, noe som er meget høyt for en stabilt ustabil pasientgruppe. I 2016 har beleggsprosenten vært 86 %. Også dette året har 66 pasienter fått langtidsbehandling, 62 ble utskrevet fra institusjonen, 1 overført til annen institusjon og 3 er fortsatt innlagt. I tillegg kommer innleggelser innen øvrig psykiatri, både på DPS – er, ved Spesialavdeling for voksne og andre tilbud innen TSB i regionen. Mer informasjon om denne gruppen kommer under punktet om ROP pasienter.

### Antall unike pasienter

Tabellen til høyre viser antall unike pasienter og antall episoder (tellende og ikke tellende)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antall unike pasienter	1144	1214	1237	1263	1308	1321
Alle episoder	23271	28623	27769	26722	29321	30988

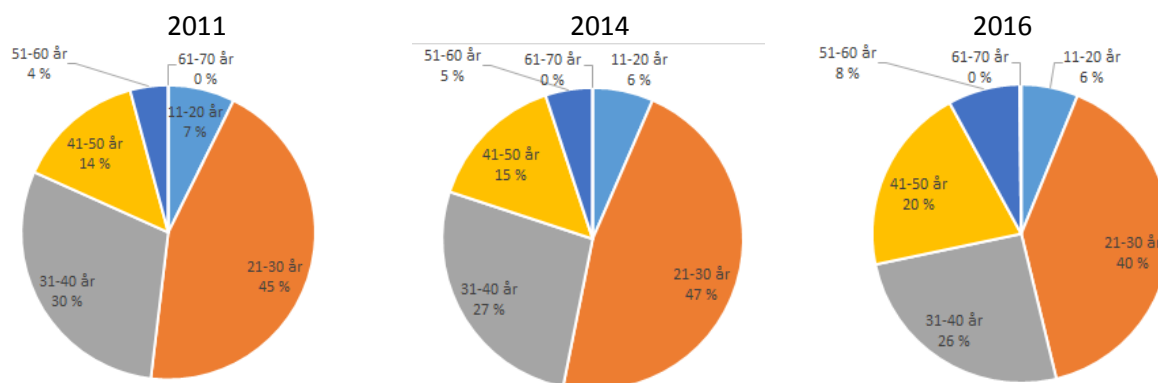
### Kjønnfordeling

Tabellen til høyre viser kjønnsfordeling 2011 til 2016 i antall episoder og prosent

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mann	15149	19193	18417	17738	19259	20326
Kvinne	8122	9430	9352	8984	10062	10344
(tom)						318
<b>Totalsum</b>	<b>23271</b>	<b>28623</b>	<b>27769</b>	<b>26722</b>	<b>29321</b>	<b>30988</b>
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mann	65 %	67 %	66 %	66 %	66 %	66 %
Kvinne	35 %	33 %	34 %	34 %	34 %	34 %

Kjønnsfordelingen har ikke endret seg nevneverdig de senere årene. De særskilte kvinnerettede tiltakene som hittil er satt inn har ikke ført til økt rekruttering av kvinner, men de som får behandling synes å følge bedre opp og fullfører oftere behandlingen.

### Alder og kjønn:



Oversikten viser at TSB i foretaket når få pasienter under 20 år, mens gruppen fra 40 år og oppover øker. I de høyeste alderskategoriene er det hovedsakelig pasienter i Lar. Pasienter mellom 21 og 30 år er noe redusert, samtidig som de mottar flest behandlingsepisoder. Det er en fordeling av tilbudene med de private ideelle der eksempelvis Rogaland a – senter gir sitt tilbud hovedsakelig til personer over 30 år og med alkohol og medikamentavhengighet.

### Aldersfordeling (episoder)

Tabellen til høyre viser aldersfordeling 2011 til 2016. (Målt pr episode og ikke pr unik pasient)

Radetiketter	2011	2012	2013	2014	2015	2016
11-20 år	1705	1597	1572	1743	1624	1911
21-30 år	10373	10865	11985	12465	12773	12412
31-40 år	6937	9231	7661	7182	7727	7894
41-50 år	3282	5321	5119	3976	5120	6297
51-60 år	969	1607	1431	1352	2032	2417
61-70 år	5	2	1	4	45	57
<b>Totalsum</b>	<b>23271</b>	<b>28623</b>	<b>27769</b>	<b>26722</b>	<b>29321</b>	<b>30988</b>

### Antall ikke møtt:

Det har over år blitt jobbet systematisk med tiltak for å fremme frammøte av pasienter i TSB. Nå ser vi at tiltakene gir resultater. I 2014 var antall pasienter som ikke møtte til avtaler 18,5 prosent. I 2015 og i 2016 har dette antallet sunket til kun 12 prosent. Dette er et meget bra resultat utfra den målgruppen som får tilbud. Høyt frammøte bedrer gjennomføringen av behandlingen, reduserer ventetider og øker tilgjengeligheten for andre pasienter.

### Barn som pårørende og antall pasienter med barn

Sist år hadde 72 pasienter omsorg for barn. Det gjaldt for 117 barn. 24 av pasientene bodde i parforhold resten var aleneforeldre. Disse pasientene var stort sett i lønnet arbeid eller uføretrygdet. Et fåtall mottok sosial stønad. Det er gitt tilbud om barnefokuserede samtaler eller samtaler med barn som pårørende i de fleste sakene. I tillegg er det pasienter som ikke har omsorg eller er i kontakt med sine barn. Temaet hvordan være forelder i en slik situasjon blir tatt opp og jobbet med under behandlingen.

## Pasienter med flerkulturell bakgrunn

Vi har ingen oppdatert oversikt for antall pasienter med flerkulturell bakgrunn. I 2012 gjorde Avdeling for unge voksne en manuell kartleggingsundersøkelse. Den gang var 10 prosent av pasientene fra 107 andre land. 2/3 av disse fra ikke vestlige opprinnelsesland, der personer fra Somalia utgjorde den største gruppen. 1/3 fra vestlige land med Storbritannia og Polen som de største gruppene. Siden da Transkulturell poliklinikk blitt etablert og kan gi et tilbud til pasienter i alderen 0 -100 år. Likevel synes det som om antall pasienter mer flerkulturell bakgrunn har økt.

## Pasienter innlagt etter HOS § 10-2

I 2015 var det 9 menn og 11 kvinner innlagt uten eget samtykke etter helse- og omsorgstjenestelovens § 10-2 ved post B3 i Psykiatrisk divisjon. De varierte i alderen 18 år til 54 år. 15 av pasienten var under 30 år. I 2016 har 21 personer vært innlagt etter § 10-2. 13 menn og 9 kvinner vært innlagt. Alderen varierer fra 19 år til 55 år, 9 pasienter under 30 år. Vi er fornøyd med at kommuner prioriterer å fremme slike saker om yngre pasienter. Pasientene kommer fra kommuner i Helse Fonna (10 pasienter) og Helse Stavanger (11 pasienter). 9 pasienter kom fra Stavanger kommune. Utover disse sakene har en kommune valgt å ikke iverksette vedtak fra Fylkesnemnda i Rogaland etter HOL § 10-2 på mann født i 1975 og annen kommune fikk ikke medhold i sak på ung kvinne som var oppe til behandling i Fylkesnemnda i Hordaland før jul. Pasienter som har ønsket videre stabilisering/rusbehandling i døgningstusjon har fått tilbud om dette etter oppholdet på B3. Det er økende etterspørsel på plasser.

## Hva Brukerplan forteller

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelmissbruk i kommunen. Fra og med 2015 omfatter kartleggingene i tillegg personer med kjent psykisk helseproblem, uten rusproblemer. I vårt foretaksområde er ca. 2000 brukere med rusproblemer kartlagt. Av disse er det kun ¼ del som «bare» har rusproblemer. Av de med samtidige psykiske vansker og rusproblemer får like mange et tilbud innenfor psykisk helsevern som TSB. Dette viser med tydelighet at en trenger kompetanse om rusproblematikk og psykiske problemer innenfor begge tjenestene.

Brukerplan inndeler personene utfra ulike funksjonsnivåer som er delt inn i tre kategorier: kode grønn, som viser relativt god funksjon, kode gul viser betydelig negative konsekvenser for daglig fungering og kode rød viser svært alvorlige konsekvenser for fungering. Fargekategoriene samsvarer med samsvarer med funksjons- og symptom målinger med GAF.

Brukere med samtidig alvorlig rusproblem og psykisk helseproblem (ROP) omfatter 22 prosent av alle brukerne, og nesten alle har funksjonsnivå på rødt eller blodrødt. I Helse Stavanger sitt foretaksområde dreier dette seg om ca. 300 brukere. De får nesten i like stor grad et tilbud innenfor TSB (46%) som innenfor psykisk helsevern (52%).

De fleste personer som kommuner kartlegger er også i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Behov for kommunale tjenester:

- Bolig. Ni prosent er bostedsløse selv om andelen har gått litt ned de siste tre årene.
- Å komme i arbeid og aktivitet er pasientenes største behov. En indeks for samlet funksjonsnivå viser 44 prosent på rødt og 12 prosent på blodrødt, som er det dårligste funksjonsnivået. 10 prosent av brukerne var i helt eller delvis arbeid i 2015, mens fire prosent var student/elev

- Brukerne får tilbud om å opprette individuell plan, og 14 prosent hadde IP i 2015. En andel på 42 prosent hadde ansvarsgruppe. Disse andelene har vært ganske stabile over tid. En andel på 38 prosent har ingen planer eller ansvarsgruppe.
- Av alle brukere hadde seks prosent omsorg for barn, og 25 prosent av disse hadde rød samlet funksjonsvurdering og 2 prosent blodrød. 14 prosent hadde samvær med barn.
- Andel med rød funksjon på rusmiddelbruk (tilsvarer svært omfattende bruk av rusmidler med svært alvorlige konsekvenser for daglig fungering) var 15 prosent. Antall ulike rusmidler registrert per bruker var 1,8 og har vært ganske stabilt. Alkohol er det mest brukte rusmidlet med 57 prosent, mens heroin brukes av åtte prosent. Det registreres illegale LAR-legemidler med åtte prosent og andre illegale legemidler med 27 prosent (illegalt bruk av legale legemidler). Cannabis og sentralstimulerende midler utgjør henholdsvis 38 og 30 prosent.
- Kommunene kartlegger brukere med legemiddelassistert rehabilitering (LAR), men LAR-brukere som ikke mottar tjenester fra kommune eller NAV kommer ikke med i statistikken. Kommunene har registrert en andel på 22 prosent i LAR. 55 prosent av LAR-brukerne har et samlet funksjonsnivå på rødt eller blodrødt. Vi vil derfor omtale disse pasientene særskilt.

## Kombinasjonstilstander

For mange pasienter med psykiske lidelser blir rus en mestringsstrategi. Å ha god kompetanse på rustilstander og psykiske lidelser (ROP), vil være strategisk da erfaringene tilsier at flere pasienter har et samtidighetsproblem. Det er syv pasientmålgrupper som har stor sannsynlighet for samtidige lidelser. Det er personer med:

- bipolar lidelse,
- psykoselidelser
- angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD)
- depresjon
- personlighetsforstyrrelser
- hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD
- spiseforstyrrelser

Flere utenlandske og norske studier viser høy forekomst av ruslidelser hos pasienter som er i behandling i psykisk helsevern. Størst er forekomsten i sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger (ca. 40-60 prosent). Innen TSB er det høy forekomst av psykiske lidelser, særlig personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon. I psykisk helsevern er det enighet om å øke kompetansen for å kunne gi et bedre behandlingstilbud til pasienter med ROP lidelser.

Slik det er i dag, kan det se ut som færre ungdommer ruser seg, mens de som først bruker rus som mestringsstrategi, ofte har omfattende vansker. Dette er med på å skape utfordringer for behandlingsapparatet, da denne pasientgruppen ser ut til å trenge omfattende ressurser for å få tilstrekkelig bedring til å komme seg ut av rusmiljøet og inn i skole eller arbeid.

I oversikten under viser første kolonne viser antall konsultasjonsepisoder pr. september 2016. Oversikten viser at pasientene har en ruslidelse som regel i kombinasjon med en psykisk lidelse som reduserer den enkeltes funksjonsnivå. Psykisk og somatiske tilleggsbelastning kan enten være årsak til avhengighetsproblematikken eller en virkning. Uavhengig av forklaringsmodell er det nødvendig å gi et tverrfaglig og allsidig tilbud.

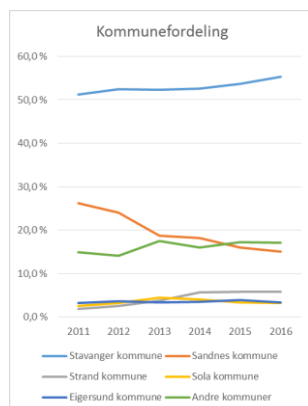
Antall pasienter med personlighetsforstyrrelser og traumer synes å være mindre diagnostisert. Utfra denne oversikten. Det sammen gjelder pasienters somatiske helsetilstand som synes mindre utredet og behandlet. Det bør være en målsetting med mer differensierte utredninger og integrerte/ samtidige behandlingssinnsatser.

Diagnosegruppe	antall	Post	Pol	antallPas
F00-F09 - organiske psykiske lidelser	34	0	34	1
F10-F19 - psykiske lidelser og atferdsmessige forstyrrelser pga bruk av alkohol eller andre psykoaktive stoffe	20631	31	20600	955
F20-F29- Psykoselidelser	614	3	611	35
F30-F39- affektive lidelser	1130	0	1130	66
F40-F49- angst, stress lidelser og traumer	1111	6	1105	62
F50-F59- spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser	21	0	21	3
F60-F69- forstyrrelser og endring av personligetsstruktur og atferd	1183	7	1176	51
F70-F79 - mental retardering	28	0	28	2
F80-F89 - utviklingsforstyrrelser som bla asbergers syndrom	127	0	127	6
F90-F99 - atferds og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndom eller ungdom som hyperkinetisk forty	1035	4	1031	68
IkkeGrupp	3274	4	3270	354

## Kommunetilhørighet

Hvor mange pasienter med behov for hjelp fra TSB fordelt på kommunetilhørighet har endret seg over tid. Det er store kommunale forskjeller. Behovet for spesialiserte rustjenester har eksempelvis blitt redusert i Sandnes, men økt i Stavanger og Strand. Vi setter dette i sammenheng både med flyttemønstre hos pasienter og oppbyggingen av egne tilbud i kommunene. Sandnes er en kommune som har bygd opp et differensiert tilbud på kommunalt nivå og der behovet for våre tjenester er kraftig redusert, mens behovet øker mest i Strand kommune. Framtidig dimensjonering av tjenester og dialog med kommuner om utvikling av deres egne tilbud må ta utgangspunkt i dette.

	Antall episoder						Prosentfordeling					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Stavanger kommune	11934	14999	14530	14062	15754	17148	51,3 %	52,4 %	52,3 %	52,6 %	53,7 %	55,3 %
Sandnes kommune	6089	6891	5203	4853	4698	4680	26,2 %	24,1 %	18,7 %	18,2 %	16,0 %	15,1 %
Strand kommune	429	725	1029	1506	1690	1784	1,8 %	2,5 %	3,7 %	5,6 %	5,8 %	5,8 %
Sola kommune	595	924	1245	1090	981	1014	2,6 %	3,2 %	4,5 %	4,1 %	3,3 %	3,3 %
Eigersund kommune	757	1046	915	936	1132	1048	3,3 %	3,7 %	3,3 %	3,5 %	3,9 %	3,4 %
Time kommune	740	860	1019	800	853	919	3,2 %	3,0 %	3,7 %	3,0 %	2,9 %	3,0 %
Klepp kommune	543	489	782	808	885	711	2,3 %	1,7 %	2,8 %	3,0 %	3,0 %	2,3 %
Randaberg kommune	676	761	506	482	458	619	2,9 %	2,7 %	1,8 %	1,8 %	1,6 %	2,0 %
Hå kommune	413	340	439	483	723	719	1,8 %	1,2 %	1,6 %	1,8 %	2,5 %	2,3 %
Gjesdal kommune	242	296	531	394	435	489	1,0 %	1,0 %	1,9 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %
Hjelmeland kommune	81	225	364	208	183	165	0,3 %	0,8 %	1,3 %	0,8 %	0,6 %	0,5 %
Finnøy kommune	73	137	149	209	243	95	0,3 %	0,5 %	0,5 %	0,8 %	0,8 %	0,3 %
Karmøy kommune	89	92	56	86	164	246	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,6 %	0,8 %
Rennesøy kommune	42	134	140	135	136	107	0,2 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,3 %
Bergen kommune	24	77	238	60	167	122	0,1 %	0,3 %	0,9 %	0,2 %	0,6 %	0,4 %
Sirdal kommune	13	101	48	37	45	296	0,1 %	0,4 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	1,0 %
Haugesund kommune	50	37	54	74	158	152	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %	0,5 %
Forsand kommune	20	68	77	9	83	156	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %
Suldal kommune	44	4	90	77	98	35	0,2 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %
Kristiansand kommune	27	23	2	100	55	63	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %
Andre kommuner	390	394	352	313	380	420	1,7 %	1,4 %	1,3 %	1,2 %	1,3 %	1,4 %
	23271	28623	27769	26722	29321	30988	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %



Under er også en tabell som viser episoder og pasienter pr 10 000 innbyggere. Når en teller unike pasienter på kommunenivå blir summen av unike pasienter pr kommune litt høyere enn totalantallet unike pasienter, kanskje fordi noen har flyttet i løpet av året.

	Antall episoder 2016	Antall pasienter	Folketall	Episoder Pr 10000 innbyggere	Pasienter Pr 10000 innbyggere	Episoder pr pasient
Stavanger kommune	17 148	641	132 644	1 293	48	27
Sandnes kommune	4 680	285	74 820	626	38	16
Strand kommune	1 784	47	12 464	1 431	38	38
Sola kommune	1 014	61	26 096	389	23	17
Eigersund kommune	1 048	54	14 942	701	36	19
Time kommune	919	61	18 572	495	33	15
Klepp kommune	711	53	18 970	375	28	13
Randaberg kommune	619	29	10 737	577	27	21
Hå kommune	719	44	18 591	387	24	16
Gjesdal kommune	489	30	11 853	413	25	16
Hjelmeland kommune	165	2	2 737	603	7	83
Finnøy kommune	95	7	3 221	295	22	14
Karmøy kommune	246	17	42 187	58	4	14
Rennesøy kommune	107	10	4 856	220	21	11
Bergen kommune	122	17	277 391		1	7
Sirdal kommune	296	2	1 832	1 616	11	148
Haugesund kommune	152	24	36 951	41	6	6
Forsand kommune	156	3	1 238	1 260	24	52
Suldal kommune	35	8	3 903	90	20	4
Kristiansand kommune	63	4	88 447		0	16
Lund kommune	36	5	3 243	111	15	7
Bjerkreim kommune	19	2	2 825	67	7	10
Andre	365					

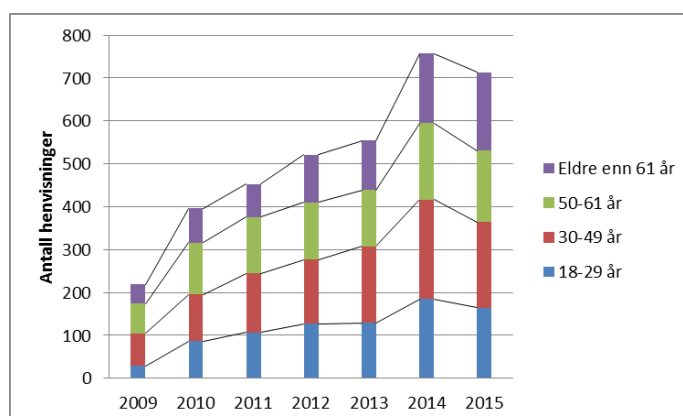
Alle oversiktene viser at befolkningen i Stavanger kommune får mest av ressursene i TSB. For å sikre likeverdige tilbud i alle kommuner må dette følges opp særskilt. Det kan synes som om det må omdisponeres noen ressurser fra Stavanger pasienter til andre kommuner.

### Personer med rusproblemer i de somatiske avdelinger ved SUS.

To ansatte i AUV jobber som ruskonsulenter i somatiske avdelinger på SUS. Målet er å oppdage pasienter med risikofyllt eller skjult alkoholproblematikk for å kunne tilby adekvat hjelp tidligst mulig. Dette er personer som gjerne ikke hittil er i kontakt med TSB eller Psykisk helsevern.

Tallene for 2016 er ikke klare ennå, men i 2015 ble det registrert 713 henvisninger. Aldersspredningen er fra 18 til over 80 år, det er flest pasienter er mellom 20-24 år og mellom 50- 69 år. 70 % av de henviste er menn og 30 % kvinner. 28 % er i ordinært arbeid, 30 % hadde vært i behandling i TSB og 10 % var i

behandling på henvisningstidspunktet. Alkohol er det mest brukte rusmiddelet. 70 % av de henviste brukte kun alkohol, og de resterende 30 % kombinasjoner av alkohol og andre rusmidler eller vanedannende medikamenter og /eller illegale rusmidler.



Når det gjelder innleggelsesdiagnoser er de fleste (66 %) innlagt med direkte rusrelaterte diagnoser som intox, abstinenser, delir, alkoholavhengighet etc, resten (42 %) er innlagt med mer indirekte mulige rusrelaterte diagnoser som for eksempel brystmerter, fall, brudd, commotio, infeksjon, dårlig allmenntilstand etc. Det at personalet henviser over 40 % med indirekte rusrelaterte diagnoser syns vi er en utvikling i ønsket retning og vi tolker det slik at personalet ved SUS er stadig mer bevisst mulig sammenheng mellom alkoholforbruk og helseproblemer.

Hvor stort er problemet? Ved OBA ble det i 2015 registrert 1099 innlagte pasienter hvorav 482 med alkoholrelatert innleggelse, 177 på grunn av illegale stoffer og 440 med medikamentintoxer. Flere ble ikke henvist til ruskonsulentene. Hvor mange som er innlagt SUS med diffuse tilstander og gjerne kombinasjonslidelser er det bare å undre seg på. Behovet for økt kompetanse innen rusmedisin er vesentlig.

### Personer med alvorlige rusmiddelproblemer og somatiske sykdommer

Personer med alvorlige rusmiddelproblemer kan få alle vanlige somatiske sykdommer som andre mennesker får, men typisk livsstilsrelaterte tilstander kommer oftest i yngre alder hos denne gruppen. I tillegg er de utsatt for alvorlige komplikasjoner av rusmidlet (overdoser, leverskader, tannskader, kognitiv svikt, kronisk obstruktiv lungesykdom osv.) og av bruksmåten (infeksjoner på stikksted, infeksjoner på hjerteklaff, hjerneslag osv.). De akutte og ofte dramatiske komplikasjonene av rusmiddel eller bruksmåte fanges oftest opp og håndteres i helsevesenet, men oppfølgingen etterpå og forebygging av nye hendelser kan svikte. Mer vanlige livsstilsrelaterte sykdommer som diabetes type 2, kronisk obstruktiv lungesykdom, og tidlige tegn på hjertesykdom har vært lite påaktet både hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten hos pasienter med rusmiddelproblemer.

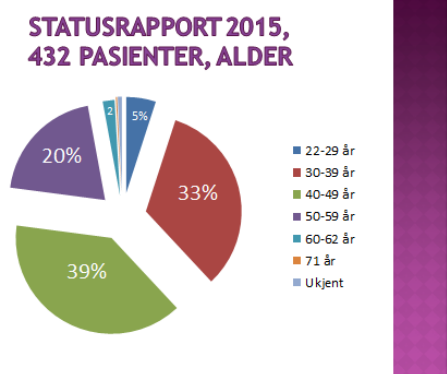
Dette er egentlig paradoksalt, siden det handler om pasienter som tross alt mottar mye helsehjelp, men på viktige områder er det altså grunn til å tro at de likevel får for lite. Både pasientfaktorer, systemfaktorer og holdninger hos helsepersonell er medvirkende til dette misforholdet. For pasienten er andre ting mer presserende, og det å tenke over hvordan helsen blir mange år fram i tid er krevende. For helsepersonell er det lett å overse tegn på økt risiko eller tidlige symptomer på vanlige lidelser hos denne gruppen. Det er likevel tegn til bedring, og samarbeidet mellom fastlege, øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten gir et godt utgangspunkt for videre bedring. Det forutsetter at alle aktører er opptatt av pasientens helse i vid forstand og snakker om det når det er relevant. Fastlegen har et stort ansvar for langtidsoppfølgingen, og uavklarte spørsmål omkring helse og funksjonsnivå bør tas opp med fastlegen og i eventuell ansvarsgruppe. Målet å ta helse i vid forstand på alvor, sikre at rett instans får



nødvendig informasjon om viktige helsespørsmål for pasienten, og jobbe for godt samarbeid mellom fastlege, øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten til beste for pasienten.

## Pasienter i legemiddelasistert behandling og rehabilitering

Aldersfordelingen i 2015 var:



I 2016 har antall pasienter økt til 460. Aldersfordelingen er lik.

Pasientgruppen er differensiert i 3 hovedmålgrupper:

1. velfungerende med lavt behov for oppfølgingstjenester (grønn)
2. pasienter i en mellom sone med behov for hyppigere behandling og oppfølging (gul)
3. pasienter med mål kun om skadereduksjon (rød)

BrukerPlan viser følgende overordnede forhold:

**BRUKERPLANTALL 2015  
HELSE STAVANGER**

Fysisk helse	Grønn	55,4%
	Gul	37,1%
	Rød	7,5%
Psykisk helse	Grønn	39,7%
	Gul	52,6%
	Rød	7,7%
Rusmiddelbruk	Grønn	55,9%
	Gul	34,3%
	Rød	9,8%
Samlet funksjonsnivå	Grønn	17,5%
	Gul	46,6%
	Rød	28,4%
	Blodrød	7,4%

Fargekategoriene samsvarer med inndelingen i henhold til kartleggingsverktøyet Brukerplan, som igjen samsvarer med funksjons- og symptom målinger med GAF. Personer som blir inkludert i LAR har en dokumentert langvarig og omfattende avhengighet av opiater. Tidligere behandlingsforsøk i spesialisthelsetjenesten gjerne med rusfrihet som målsetting har ikke ført fram. I tillegg til alvorlige ruslidelser har de fleste samtidige psykiske lidelser. Det er personer med bipolar lidelse, psykoser, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon, personlighetsforstyrrelser, hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. Deres somatiske helsetilstand og sosiale situasjon er også redusert. Flere

undersøkelser for å kartlegge pasientgruppens somatiske helsetilstand viser at de i gjennomsnitt har mer enn fire somatiske diagnoser. Mange har sykdom i flere organsystemer og mange har flere sykdommer i hvert organsystem. Både rusmisbruk, tobakksrøyking og mange av diagnosene er i betydelig grad forbundet med redusert helse og levealder. Særlig framtreddende er hjerte- og kar lidelser, kols og fare for hepatitt C samt nedsatt ernæringsstatus.

Et forsvarlig tilbud fra spesialisthelsetjenesten må bestå av en tverrfaglig tjeneste som retter seg både mot pasientens rusrelatert problematikk – psykiske og somatiske tilstand. Familie-, pårørende og nettverksarbeid inngår i et slikt tilbud. Samtidig forventes det at kommuner, NAV og fastlegers bistår med å bedre pasienters behov for aktiviteter/ jobb, bolig, følge opp den somatiske helsetilstanden, koordinere ansvarsgruppe og IP plan.

Statusen viser behovet for tverrfaglig innsats videre framover både fra kommunal side og spesialisthelsetjeneste. Nøyaktig grensesnitt er ikke klart da behandling og oppfølging av pasientgruppen er et trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommuner. At kun 17,5 prosent av pasientene har et samlet funksjonsnivå på grønn er ikke godt nok. Innsatsen fra LAR Helse Stavanger framover bør særlig rettes inn på de 46,6 prosent (gul gruppe) som har potensiale til stor bedring. Selv om noen pasienter får poliklinisk/ambulante tjenester fra andre deler av spesialisthelsetjenesten har de likevel en tilknytning og oppfølging fra LAR.

Det er en differensiert pasientgruppe som framover også vil ha behov for hovedsakelig elektive innleggelser både i Psykisk helsevern og TSB. Det etableres ikke flere særegne døgntilbud for pasientgruppen, men deres behov integreres i de allerede eksisterende tiltakene. Et godkjent behandlingsforløp med oversikt for når målgruppen har behov for innleggelser enten fra TSB eller psykisk helsevern voksne implementeres. En systematisk bruk av IP, kriseplan og felles behandlingsplan vil bedre kommunikasjonen om en felles faglig forståelse for et helhetlig behandlings- og rehabiliteringstilbud.

Antall pasienter har økt med 130 pasienter de siste to år. I motsetning til andre deler av landet øker innsøkingen hos oss og kartlegging av behov for lavterskeltilbud viser at pasientgrunnlaget dessverre fortsatt er stort. En slik økning gjør at det er behov for å styrke de polikliniske og ambulante tilbudene i Lar Helse Stavanger. Kommunen og fastlege er sentrale samarbeidspartnere for forløpsbehandling. Det er særlig behov for å styrke antall leger i LAR.

### Lavterskel tilbud

Helse Vest har i bestiller dokumentet påpekt vårt oppdrag med å etablere et lavterskeltilbud for målgruppen. Behovet og hvordan et slikt tilbud eventuelt har høsten 2016 blitt utredet i tett samarbeid med brukerorganisasjonen ProLar, Stavanger og Sandnes kommuner. Vi har fått midler av Helsedirektoratet til å gjøre en slik pilotutredning.

Målsettingen for lavterskel tiltak vil være:

- Tilby lavterskel substitusjonsbehandling for å redusere risiko for helseskade og overdoser
- Legge til rett for samarbeid med det øvrige hjelpeapparatet og fastleger
- Legge til rette for videre behandling

Selv om det har vært en sterk økning i antall pasienter i LAR Helse Stavanger de to siste årene, viser kartleggingen under forprosjektet at det finnes mellom 43-56 opioid avhengige brukere i foretaksområdet som av ulike årsaker ikke blir henvist / ønsker å bli henvist til LAR. Dette er brukere som kommunene kjenner til og vurderer å kunne være i behov for lavterskel substitusjonsbehandling. I tillegg er det vel 50 opiatavhengige pasienter med et bedre funksjonsnivå som kun har kontakt med fastleger. Disse har ikke søkt seg inn til Lar Helse Stavanger ennå.

Til tross for utviklingen i LAR med lettere krav til inntak, reformulering av formål og større fleksibilitet og individuell tilpasning, viser forprosjektet at et betydelig omfang av behandlingstrengende faller utenfor dagens LAR tilbud. Det vurderes dermed at det er behov for å videreutvikle dagens behandlingstilbud i et samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for å tilby lavterskel substitusjonsbehandling der det foreligger indikasjon. Vi anser samhandlingen med fastleger som en viktig pilar i et slikt mulig tiltak.

### Hvem når ikke foretakets tilbud?

Oversiktene viser at vi ikke har gode nok tjenester for å nå

- de under 20 år
- de med anabole steroider eller spilleavhengighet.
- unge kvinner

Heller ikke tilbudene hos private ideelle aktører innen TSB kompensere for dette. Vi kommer tilbake til forslag til tiltak om hvordan vi kan bedre tilbudene for å kunne gi disse pasienter-grupper et bedre tilbud. Satsningen innen tidlig intervensjon og lett tilgjengelighet er helt nødvendig for en videre dreining i en slik satsing.

## 5. 2 Om tjenestetilbudet

TSB i Helse Stavanger HF er i all hovedsak organisert i **Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA)**. (Tidligere samlet i Avdeling for unge voksne) (Ruspoliklinikk ung = tidligere Psykiatriske ungdomsteam i Stavanger og Sandnes, Oppsøkende behandlingsteam (OBS) Stavanger og LAR Helse Stavanger), er avdelingens vurderingsenheter for henvisninger til TSB. Disse ruspoliklinikkene tilbyr dessuten ambulante tjenester. I forbindelse med overføring av ansvaret for kostnader ved utdeling av LAR-legemidler opprettet vi i juni 2015 en egen utleveringspoliklinikk, kalt L27. Dette er et tilbud for pasienter i Stavanger kommune som får utlevering av LAR-legemidler 3-7 dager i uken og som ikke henter sine legemidler ved apotek eller hos fastlege.

Døgnklinikktilbud finnes ved Gauselskogen og Veksthuset Rogaland. Begge institusjonene gir et integrert behandlingstilbud til personer både med rus og psykiske lidelser, men når litt forskjellige deler av målgruppene og bruker ulike metodiske tilnærminger.

Andre tilbud:

- Drop-out-team bestående av to ansatte med brukererfaring. Teamet har vært i drift siden 2014 og skal fungere som et mobilt innsatsteam, og samarbeide med eksisterende TSB-tjenester i foretaksområdet om å forebygge brudd og gjenopprette kontinuitet ved brudd i individuelle behandlingsforløp.
- Ruskonsulentordning for pasienter som er innlagt ved somatiske avdelinger i Helse Stavanger. Ruskonsulentene tilbyr pasienter over 18 år aktuelle tjenester etter en fast prosedyre for identifikasjon.
- Jobb - og SkoleResept et prosjekt som skal bidra til at pasienter med alvorlig psykiske lidelser og noen ROP pasienter i AUV får reell arbeidserfaring og ansettelse i ordinære bedrifter.

Avdeling for rus og avhengighetsbehandling rommer også Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR). KORFOR er en nettverksorganisasjon som driver forskning og formidling og som bidrar i fag- og tjenesteutviklingsarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt. Plasser for tilbakeholdelse (tvang) etter § 10-2 og § 10-4 i helse- og omsorgstjenesteloven er lokalisert i **Spesialavdeling for voksne** i Psykiatrisk divisjon.

Helse Vest RHF gjennomførte i løpet av 2014 en offentlig anskaffelse vedrørende kjøp av TSB-tjenester. Resultatet ble avtaler inngått med til sammen 7 private leverandører. 3 av disse private aktørene har etablert TSB-tjenester i Helse Stavanger foretaksområde (Rogaland A-senter, Frelsesarmeens behandlingssenter, Kirkens sosialtjeneste TSB Stavanger).

Avtalene varer til 31.12.2020 med mulighet for 2 års forlengelse.

I avtalene med private aktører er det et mål at de private tjenestene på rusfeltet skal ha tett kontakt med helseforetaket når det gjelder samarbeid om gode pasientforløp.

**Rogaland A-senter (RAS)** har et bredt spekter av TSB tjenester; døgnklinikk, polikliniske tjenester og ambulante tjenester, avrusingsplasser og akutt TSB. I tillegg åpnet RAS i 2014 en egen avdeling for gravide (tilbakeholdelse etter §10-3 HOS) og småbarnsfamilier. Avdelingen har tilbud både for frivillig innlagte gravide og gravide innlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 (tilbakehold). Etter at avdelingen kom i drift har det ikke vært nødvendig for Helse Stavanger å kjøpe gjesteplasser for aktuelle tjenester utenfor helseregionen. RAS har også egen vurderingsenhet for henvisninger til TSB (personer over 30 år) og samarbeider tett med de øvrige fire TSB-vurderingsenhetene i Helse Stavanger HF.

**Frelsesarmeens behandlingssenter (FAB)** har døgnklinikk og stabiliserings- og utredningsplasser. I tillegg tilbyr FAB dagbehandling og ambulante tjenester. Dagtilbudet hos FAB har imidlertid vært benyttet i for liten grad, og det bør framover benyttes mer for å bidra til at det totale tjenestetilbudet er differensiert og tilpasset ulike behov.

**Kirkens sosialtjeneste TSB Stavanger** startet våren 2015 opp døgnklinikk (inkludert stabiliserings- og utredningsplasser) og ambulante- og polikliniske tjenester, og er primært et tilbud til pasienter under 25 år. Etableringen av dette nye tiltaket i helseforetaksområdet har ført til reduksjon av ventetider for unge under 25 år.

I tillegg finnes tilbud innen ordningen «Raskere tilbake» hos alle de private leverandørene

### **Samhandlingstiltak**

Helse Stavanger HF har (delvis sammen med sine private ideelle samarbeidspartnere innenfor TSB) inngått flere avtaler om ulike samhandlingstiltak i samarbeid med kommuner. Noen av disse samhandlingstiltakene omhandler utprøving av overgangsboliger og nye bosettingsmodeller. Dette er i tråd med Opptrappingsplanens intensjoner om å «stimulere til utvikling og implementering av flere bosettingsmodeller for vanskelighetsstilte». Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten har de siste årene publisert rapporter fra brukererfaringsundersøkelser innen TSB som bl.a. viser at det fremdeles er forbedringspunkter knyttet til tilrettelegging av tiden etter behandling og pasientenes overgang fra TSB til kommune. Spesielt vil overganger fra langtids døgnbehandling TSB mot samfunnsintergrasjon (bolig, aktivitet, utdanning/arbeid) være krevende. Samarbeidet mellom Stavanger kommune og TSB institusjonene i Helse Stavanger helseforetaksområde vedrørende overgangsboligen M100 synes å møte flere av disse utfordringene på en hensiktsmessig måte for pasientene, spesielt med tanke på egnet bosituasjon rett etter behandling. Felles samarbeid med pasientene om planlegging og innsøking inn i

overgangsboligen, selve innretningen overgangsboligen har, og samarbeid på bakgrunn av den enkeltes kriseplan har fungert godt. Det foreligger egne retningslinjer om samhandlingen mellom institusjonene og Stavanger kommune vedrørende M100, og for tilsvarende overgangsbolig i Sola kommune.

Rusmestringsenheten i Stavanger fengsel er et tilbud om behandlingsstart for innsatte som vil ut av avhengigheten. Put Sandnes har i mange år hatt ansatte som jobber ved enheten, slik at dette er et strukturert samhandlingstiltak mellom ARA og Stavanger fengsel.

Put Stavanger har ansatte som jobber på K46. Dette er et behandlingsstarttilbud for unge fra 17 år og oppover i Stavanger kommune. Andre kommuner har kjøpt seg tilgang til dette tilbudet.

### **Tilbudet til ROP pasienter**

I vårt foretaksområde samarbeider kommuner og psykisk helsevern voksne og TSB om oppsøkende tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusavhengighet. Det er fremdeles en utfordring å samordne vurderinger og inntak slik at pasienter med ROP-lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud, i tråd med en av anbefalingene i ROP-retningslinjen (nr.75). Høsten 2015 ble både prioriteringsveilederen (brukes av spesialisthelsetjenesten ved henvisninger) for psykisk helsevern (PHV) og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) revidert. Det står i prioriteringsveilederen for TSB at når henvisningen av en pasient med sammensatte problemer (les ROP-lidelse) mottas, må det raskt foretas en første vurdering av om TSB skal vurdere pasientens totale tilstand eller om enkelte deler av henvisningen skal videreformidles til andre deler av spesialisthelsetjenesten. Hovedregelen er at TSB selv foretar denne videreformidlingen eller innhenter annen kompetanse i vurderingen. Behovet for nødvendig koordinering må ivaretas, både på generelt nivå, ved å etablere gode samarbeidsrutiner mellom enheter som ofte samarbeider, og i hver enkelt pasientsak.

### **Gjesteplasser**

Det ble i 2015 kjøpt gjesteplasser i TSB til 31 pasienter (24 menn og 7 kvinner). Disse var i alderen 23-51 år og 13 av var LAR pasienter. Nær en tredjedel (9) av gjestepasientkjøpene ble gjort for å forhindre potensielle fristbrudd. 19 av gjestepasientkjøpene ble foretatt på bakgrunn av at det ikke har vært tilgjengelige egnede TSB behandlingsplasser for pasientene i helseregionen. Lengden på oppholdene har variert fra 2 uker til 1 ½ år.

I 2016 betalte Helse Stavanger gjesteplass TSB for 8 pasienter (alle menn). Alder 28-46 år. 3 av disse 8 pasientene var også LAR pasienter. Pr. 01. 01.2017 er kun 3 fremdeles innlagt og 5 er utskrevet i tråd med planlagte behandlingsforløp.

Etter økningen av kapasiteten i helseregionen i 2014/2015 har behovet for bruk av slike gjestepasientopphold blitt kraftig redusert. Flere pasienter får nå raskere tilgang til egnede lokale behandlingstilbud. Begrenset avrusningskapasitet i spesialisthelsetjenesten og mangler på bo- og aktivitets/ jobbtilbud i kommuner synes nå å være de viktigste utfordringene for å få til gode behandlingsforløp.

### **Koordinerte tjenester – individuell plan og ansvarsgruppe**

Fremdeles får relativt få pasienter i TSB utarbeidet individuell plan. Kartlegginger i BrukerPlan fra 2015 viser at 26 % av brukere som mottok tjenester i TSB i Helse Stavangers foretaksområde hadde individuell plan. 21 % hadde kriseplan og 43 % hadde andre planer (f.eks. tiltaksplaner). 70 % hadde ansvarsgruppe. TSB i Helse Stavanger foretaksområde avsluttet i 2015 et prosjektsamarbeid som skulle sikre at alle pasienter i TSB, som etter lov har krav på det, skal ha individuell plan (jf. spesialisthelsetjenesteloven og

helse- og omsorgstjenesteloven). Resultater fra målinger i prosjektet tilknyttet prosjektet viser at det i perioden 2013-2015 har vært 36 % økning av pasienter med individuell plan i TSB, ruspoliklinikker (pasienter i legemiddelasistert rehabilitering er unntatt på grunn av usikre målinger). Selv om det har vært en økning er det altså ikke mer enn litt over en fjerdedel av pasientene ved ruspoliklinikkene som får en individuell plan. Ny veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, som ble publisert av helsedirektoratet februar 2015, legger nå enda tydeligere føringer enn tidligere om ansvarsforhold mellom kommune og spesialisthelsetjeneste når det gjelder arbeidet med individuell plan. Dette gjelder spesielt på områdene informasjon, behovsvarsling, deltakelse, utarbeidelse og dokumentasjon.

Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) har derfor ved overgangen til 2017 utarbeidet interne rutiner og en informasjonsfolder for arbeidet med individuell plan, slik at flere pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester får tilbud om individuell plan i samsvar med gjeldene regelverk. Dette følges opp i planperioden.

### **Standardiserte behandlingsforløp**

Samarbeidsavtalen mellom kommuner, Helse Stavanger HF og private TSB aktører om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser (Delavtale 2a) beskriver utarbeiding av to spesifikke standardiserte behandlingsforløp som et prioritert innsats- og utviklingsområde. Det har i perioden 2013-2015 nettopp blitt utarbeidet standardisert behandlingsforløp for Gravide med rusproblemer og behandlingsforløp for arbeid med pasienter i legemiddelasistert rehabilitering (LAR).

Behandlingsforløpene ble godkjent av Samhandlingsutvalget november 2015. Begge behandlingsforløpene er gjort tilgjengelige på internettssidene til SUS.

### **Jobb og skole som integrert behandlingsinnsats**

Mange pasienter i TSB trenger å bli reintegrert i samfunnet. Skole, arbeid og fritidsaktiviteter er viktige arenaer for å oppnå normalitet som en hjelp til bedre struktur og innhold i hverdagen. Å være en del av et fellesskap, drive med meningsfulle aktiviteter og kunne tjene egne penger åpner mulighetene for å kunne sikre seg en bopel og kunne leve et selvstendig liv. Det er kommuners ansvar å bistå pasienter med å skaffe seg slike grunnleggende forutsetninger for å lykkes med en rusfri tilværelse. Tall blant annet fra Brukerplan viser at alle kommuner ikke har fått dette til. Temaet er også adressert i Opptappingsplanen for rus, der kommuner kan søke om midler til å igangsette nye tiltak.

Avdeling for unge voksne har erkjent at spesialisthelsetjenestens kompetanse er en forutsetning for at mange de meste dårlig fungerende pasientene skal kunne oppnå en slik endring. Vi har i 10 år hatt samarbeidsprosjektet Jobb -og skoleresept i lag med NAV Rogaland. Tiltaket er støttet av Helsedirektoratet, Arbeid og velferdsdirektoratet, Rogaland Fylkeskommune og Extrastiftelsen.

Hovedmålet er å hjelpe pasienter til å få reell arbeidserfaring i ordinære bedrifter, eller følge ordinære skoleforløp, parallelt med behandling. Vi har fokus på ressurser, interesser og mestring hos den enkelte, i stedet for problemer og hindringer.

Vi kartlegger arbeidsferdigheter, motivasjon og interesser hos den enkelte og setter fokus på ressurser helt fra deltakerens introduksjon i prosjektet. Standard intervju blir gjort på alle deltakere angående motivasjon, punktlighet, psykiske forhold/psykopatologi, funksjonsnivå, rus og kognitiv fungering. I tillegg vil evne til selvstendighet i arbeidssituasjonen, og behov for veiledning og struktur i arbeidet kartlegges. Alt dette før deltakeren får prøvd seg i ordinær jobb.

Jobb/SkoleResept anvender metoden Individuell plassering og støtte (IPS) og har tilpasset den til norske og lokale forhold. Vi vektlegger nødvendigheten av å ha klinisk kompetanse i sysselsettingsarbeidet og

oppfølgingen, noe også forskning støtter.

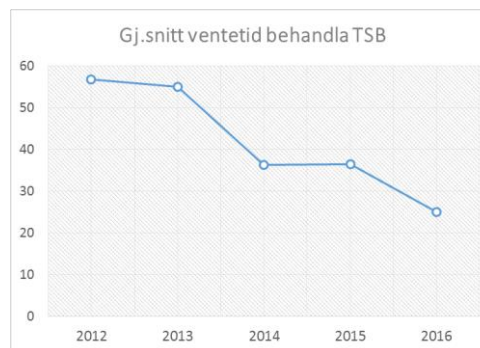
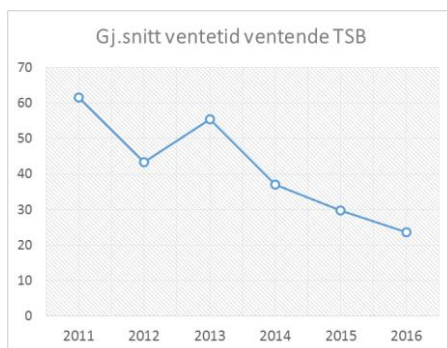
Drake, Bond og Becker (2012) beskriver 8 gjeldende hovedprinsipper for IPS:

1. Ansettelse i det ordinære arbeidslivet er det primære målet.
2. Deltakelse på bakgrunn av brukers eget ønske.
3. IPS er en integrert del av behandlingen.
4. Jobbsøking styres av individuelle preferanser og av valg heller enn faglige vurderinger.
5. Det gis rådgivning om finansielle støtteordninger, rettigheter og krav.
6. Jobbsøk kommer raskt i gang, og senest en måned etter oppstart.
7. Systematisk jobbutvikling.
8. Tids ubegrenset og individuelt tilpasset oppfølging.

Det vil våren 2017 bli lagt fram validerte forskningsresultater av effekten av et slikt integrert tilbud. Men resultater hittil målt i antall pasienter som greier å komme seg i varig jobb eller skolegang er overbevisende gode.

### Ventetider og tilgjengelighet

Stavanger Universitetssykehus gir tilbud til flere pasienter med rusrelaterte lidelser enn tidligere. I løpet av de siste år har det vært få fristbrudd. Vi har intensivert oppfølgingen av enkeltpasienter for nettopp å unngå fristbrudd. Vurdering og oppstart av behandling for pasienter i alderen 18 til 23 år skjer innen 40 dager, og er i samsvar med de nye retningslinjene. Gjennomsnittlig ventetid er under 30 dager. Utviklingen i ventetider fluktuierer noe, men viser at tilbudet er lett tilgjengelig for aktuelle pasienter.



### 5.3 Resultater

Å måle effekt av summen av tiltak under en persons behandlingsforløp er vanskelig. Det enkleste mål er om en person fullfører behandlingen, får tilbakefall, kommer i skole, jobb eller står i annen type aktivitet, har en bolig, har bedret relasjon til sosial nettverk, og får bedret sin somatiske og psykisk helse. Øker funksjonsnivået innen ulike livsområder, bedres også prognosen for å komme seg ut av avhengighetsproblemet.

På midten av åtti-tallet oppsummerte Løfgren funn fra over 400 studier om effekter av rusbehandling. Den faktoren som forklarte det aller meste av ulik grad av effekt, var forskjeller i hvordan pasientene er når de kommer inn i behandling. I den dårligste enden av skalaen (rusbruk, helsesituasjon og sosial situasjon) var det kun 5 % av pasientene som var rusfrie ett år etter behandling. I den beste enden var

tallet 95 %. Allerede den gang ble det stilt spørsmål ved hvor stor forskjell en kan oppnå med valg av spesifikke behandlingsmetoder, og i årene etterpå ble oppmerksomheten i stadig sterkere grad rettet mot de såkalte fellesfaktorene i behandlingen:

- Kvaliteten på behandlingsalliansen (som igjen er knyttet til opplevelsen av nytten av behandlingen),
- Formidling av håp om at endring er mulig,
- Hendelser i pasientens liv som bidrar til endring.

Videre er det trukket fram fellesfaktorer som har mer med organiseringen av behandlingen å gjøre:

- tilbudet har god tilgjengelighet (både ved første kontakt og underveis i behandlingsforløpet),
- kontinuitet i behandlingskontakten
- behandlingen tilpasses den enkeltes behov og livssituasjon (både ved oppstart og underveis i forløpet)

På alle disse områdene har det skjedd store forbedringer i det behandlingstilbudet som i dag tilbys. Helse Stavanger har de siste årene jobbet utfra dette kunnskapsgrunnlaget og det er rimelig å anta at en i dag også oppnår langt bedre resultater i den behandlingen som tilbys.

Et kvalitetsregister for behandling av ruslidelser vil kunne gi oss stadig bedre grunnlag for å måle om så er tilfelle. Fra sentrale helsemyndigheter vil det bli foreslått at drop out skal være den første indikatoren på oppnådd kvalitet i behandlingen. Særlig tidlig drop out er påvist å være en sterk indikator på at en ikke oppnår de resultatene en ønsker seg. På bakgrunn av det vi vet om betydningen av allianse, opplevd nytte og kontinuitet, er det forståelig at drop out er en god kvalitetsindikator. Fra studier gjennomført på materiale fra AUV-tiltak kan vi se at det er oppnådd gode resultater i å redusere tidlig drop out, ikke minst gjennom behandlingsforberedende tiltak og bedre individuell tilpasning i behandlingen.

Kort oppsummert viser forskningen og våre foreløpige resultater:

- 5 prosent av de med omfattende problemer kommer seg ut av avhengigheten/psykisk lidelse
- 95 prosent av dem med mildere problemer kommer seg ut av avhengigheten/ psykisk lidelser
- Tidlig debut og samtidig psykisk lidelse er den mest kompliserende faktor
- Legemiddelassistert rehabilitering er det mest kostnadseffektive tiltak vi har for å redusere dødelighet med 50 prosent.
- Gjennomføring av behandlingsforløp er vurdert til å være det viktigste suksesskriteriet for all behandling i TSB
- Betydningen av godt forarbeid/ behandlingsstart gjør at langt flere gjennomfører behandlinger
- Tall fra JobbResept viser at 70 prosent av de som kommer fra heldøgnsbehandling kommer i arbeid/skole/jobb



### 5.3.1 Brukererfaringsundersøkelser

Det er de siste 3 årene blitt gjennomført brukererfaringsundersøkelser (Kunnskapssenteret) blant pasienter med døgnopphold i TSB som har resultert i tre nasjonale kvalitetsindikatorer som skal følges opp. Disse er:

- Erfaringer og tilfredshet med behandlingen og behandlerne
- Erfaringer og tilfredshet med miljø
- Opplevd utbytte av behandlingen

Den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen i 2015 viser at det er en positiv utvikling på flere områder også i vårt foretak. Pasientene rapporterte best erfaringer med måten de ble tatt imot på ved institusjonene, å bli møtt med høflighet og respekt, og å føle seg trygg ved institusjonene. Områder med dårligst resultater var:

- Utbytte av behandling i grupper eller med medisiner
- Hjelp med fysiske eller psykiske plager
- Tilfredsstillende tilgang til psykolog og lege
- Aktivitetstilbudet ved institusjonen
- Muligheten for privatliv
- Forberedelse til tiden etter utskrivning
- Samarbeid med pårørende

Resultatene er fulgt opp i kvalitetsforbedringsarbeidet ved behandlingsinstitusjonene.

## 6. Vår forståelse av rusrelatert problematikk, avhengighet, og avhengighetsbehandling - med prinsipper for god behandling og organisering av tjenestetilbudet

Det er tre hovedkilder til å forstå avhengighet og hva som vil være nyttig hjelp for å komme ut av de problemer en skadelig bruk og avhengighet gir. Disse kildene er:

- Brukererfaring og brukerkompetanse
- Klinisk kunnskap og erfaring
- Forskning

Begrepet avhengighet blir her definert som et fenomen med både nevrobiologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle sider. Kjernen i fenomenet rusmiddelavhengighet blir forstått som en atferd (bruken av rusmidler) som er mer eller mindre låst fast i et mønster. Kjernen i TSB tilbudene er å gi kvalitetsmessig god behandling for å bistå pasienter ut av avhengigheten. Samtidig som vi adresserer forhold innen rusrelatert problematikk på flere dimensjoner.

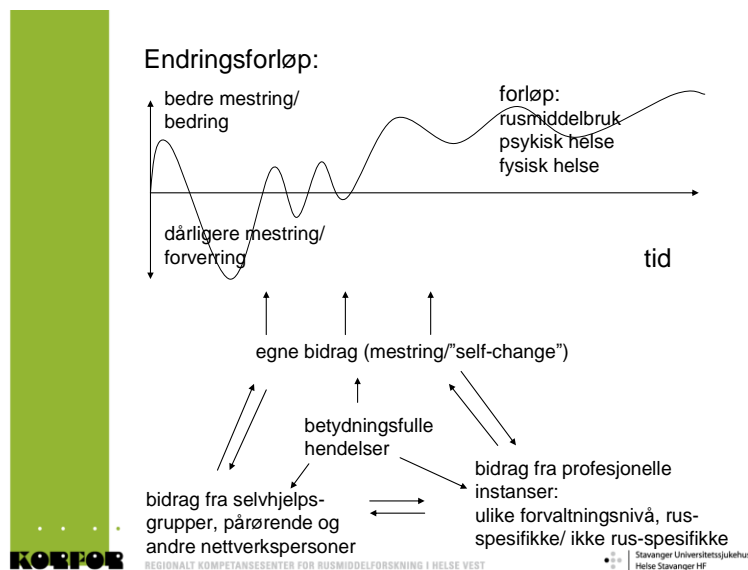
Det som omtales som rusfeltet, dekker hjelpe- og behandlingstiltak innenfor et bredt spekter av rusrelatert problematikk. Figuren under gir et bilde av variasjonsbredden på tre dimensjoner (KORFOR 2012):



Hvilke konsekvenser og type problem skadelig bruk eller avhengighet gir for den enkelte og dens familie eller nettverk varierer. Det er behov for å differensiere og gi individuelt tilrettelagte tilbud, uten at tiltaksapparatet er unikt organisert for hvert enkelt bruker/pasient. Individualiseringen av tilbud vil skje i den unike kontakten mellom den enkelte hjelper/behandler og den enkelte bruker/pasient. Samtidig er det riktig å utforme et tiltaksapparat som rommer hele variasjonen, både i forhold til problemutvikling og problemtyper.

Et virkemiddel for å kunne favne hele variasjonsbredden, er å ta utgangspunkt i endringsforløp, dvs. forløp som er typiske for den variasjonsbredden innenfor rusrelatert problematikk. Begrepet forløp kan brukes om både behandlingsforløp og problemforløp. Mest meningsfullt er det å ta utgangspunkt i personens totale livsløp, der både endringer i problembelastning og ulike behandlingsinnsatser kan relateres til personens øvrige livssituasjon. Kunnskap og erfaringer om variasjon i rusrelaterte forløp

danner grunnlag for beskrivelsene. Beskrivelsene tar utgangspunkt i de tema som er plassert inn i figuren nedenfor.



Et samlet tiltaksapparat vil måtte forholde seg til og utvikles med utgangspunkt i variasjonen på alle disse dimensjonene.

TSB sin oppgave er å gi et integrert behandlingstilbud som adresserer alle forhold knyttet til en persons rusproblemer og livsområder. Kort fortalt innebærer det å sikre:

- Integrert behandling (samtidig behandling for rus – psykisk lidelse og rusproblem) i ett og samme behandlingsmiljø.
- Helhetlig behandlings tilbud ved å se rusens funksjon, avhengigheten i sammenheng med familieforhold, tilknytning til arbeidsliv og aktiviteter, kriminalitet, boforhold, økonomi, sosialt nettverk mm. Et helhetlig perspektiv er nødvendig for styrke pasienters mulighet og evner til å komme ut av avhengigheten.
- Samhandling og samordning – unngå brudd i behandlingsforløp og tilbakefall ved å sikre felles innsats fra ulike instanser over tid. Ansvarsgrupper, individuelle planer er verktøy for å lykkes og få avklart intensitet, ansvar og roller i behandling.
- Kontinuitet over tid – Ny kunnskap om avhengighet bekrefter at vi må se på avhengighet som en kronisk lidelse som det kan ta lang tid å komme ut av, og som i perioder vil kreve intensiv oppfølging ved eksempelvis tilbakefall, mens det i andre perioder er stabilt og det går bra. Behandlingsapparatet skal sikre oppfølging av pasient og familie over tid da endringsprosessene er krevende for den enkelte.

### Samhandling i behandlingsforløp

Forskningen på et livsløpsperspektiv på rusbruk fremholder samhandling mellom ulike deler av hjelpeapparatet som helt sentralt i behandling av rusavhengige. Overlappende problemer når det gjelder rus, psykisk helse, fysisk helse og kriminell atferd er vanlig. Innsatsene og samhandlingen mellom de ulike instansene kan frembringe vendepunkter i ruskarrieren og er derfor avgjørende for å kunne yte god behandling. Det er forskjellige samhandlingsperioder under et behandlingsforløp og selv om TSB har

hovedansvaret i noen perioder og kommunen i andre, er det viktigste forhold at tjenestene jobber på tvers av egne tjenester og inn på hverandres arenaer.

At en pasient og pårørende kan planlegge et behandlingsforløp i lag med hjelpeapparatet innebærer blant annet å drøfte hva vedkommende skal gjøre i etterkant av aktiv behandling i TSB. Hvor vedkommende skal bo, hvilke aktiviteter som kan være viktige å starte med tidlig i forløpet, hvordan unngå ensomhet, hvordan etablere seg i et nytt sosialt nettverk. Hvilke planer for skole eller arbeid som det vil være bra å finne ut av eller sette i gang som en integrert del av behandlingen. Å skape en langsiktig plan gir en struktur og en forutsigbarhet som både er nyttig for den enkelte og ansvarsgruppa. Det gir også mulighet til å planlegge bedre hvordan en skal håndtere kriser eller tilbakefall.

TSB skal skape et tverrfaglig behandlingstilbud som er preget av fleksibilitet, differensiering, lett tilgjengelighet i tid og geografi, tidlig intervensjon i alder, forløp og utvikling, fokus på pasienters funksjonsnivå mer enn symptomer, normalitet som metode for å fremme tilknytning til arbeid og aktiviteter, brukermedvirkning, individualisering og mestring. TSB skal jobbe utadrettet og gjerne på andres arenaer for å nå våre pasienter. TSB jobber mildt insisterende uten å overta ansvaret for den enkeltes valg og liv. TSB jobber langsiktig med forløpstenking som basis. En slik strategi virker til at antall ikke møtt blir redusert, samhandlingen om pasienter går bedre og flere fullfører behandlingsforløp uten avbrudd.

Det avgjørende er å sikre reell brukermedvirkning slik at den enkelte og familie/ nettverk blir engasjert i egen endringsprosess, sikre kontinuitet i behandlingsrelasjon for at tilbudene henger sammen, gi mulighet for autonomi, og ha økt fokus på funksjon og kognisjonen.

Med utgangspunkt i forløpsstudier og kunnskapsbasert forståelse av (rus)avhengighet bør 3 prinsipper ligge til grunn for god rusbehandling og organisering av tjenestetilbudet:

- Lett tilgjengelighet
- Kontinuitet i tjeneste tilbudet
- Individualisert tilpasning

Helse Stavanger har allerede sammen med sine private ideelle samarbeidspartnere innenfor TSB i flere år jobbet utfra følgende prinsipp for utvikling av hjelpesystemet :

1. Behandlingsstart som en egen fase i endringsprosessen der kommune, spesialisthelsetjeneste, pasient, pårørende og andre bidrar til at den rusmiddelavhengige skal få prøve ut endringsforsøk med endret rusbruk (helst rusfrie perioder), normalisering av kognitive, psykologiske og sosiale funksjoner, og utvikling av motivasjon i en fase der ambivalensen er særlig sterk.
2. Gradvis overlapp fra behandlingsstart til aktiv behandlingsfase der spesialisthelsetjenesten har en mer dominerende rolle, men der behandlings-intensitet og form, og samarbeid med ulike aktører tilpasses den individuelle endringsprosessen.
3. Gradvis overlapp til fase med aktiv samfunnsintegrasjon og langvarig oppfølging. I denne fasen vil kravene til tilpasset intensitet og kontaktform være enda viktigere om en skal kunne opprettholde den nødvendige varigheten av kontakt, særlig fra spesialisthelsetjenestens side.
4. Stabile støttetjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten gjennom hele behandlingsforløpet vurdert ut fra behov. Radikalt bedre muligheter for re-inntak i aktive behandlingstjenester eller annen økt intensitet i kontakt ved glipper og fare for tilbakefall.

Disse prinsippene er blitt tatt i bruk av Helse Vest RHF i anbudsdokumenter for TSB og er også blitt innarbeidet i flere kommuners Ruspolitisk handlingsplaner.

## 7. Forslag til tiltak

Her presenterer vi forslag til tiltak som vi mener vil bidra til å bedre tilgjengeligheten på rusbehandling, bedre kontinuiteten i behandlingsforløpene og gi enda mer individualiserte/skreddersydde behandlingstilbud. Noe av tiltakene kan dreie seg om flere av disse elementene og da kan det være litt tilfeldig hvor vi har valgt å plassere tiltaket. Tiltakene skal gjøre at vi kan nå de målgrupper som kartlegginger viser at vi ikke gir et godt nok tilbud til i dag:

- de under 20 år
- de med anabole steroider eller spilleavhengighet
- unge kvinner

Vi fremmer også forslag til tiltak for hvordan vi kan bidra til å sikre at likeverdige tilbud i alle kommune og tiltak for å tette mangler i behandlingsskjeden i det som allerede finnes i dag.

### 7.1 Tilgjengelighet

Å få rask hjelp når en person eller familie har behov for det har stor betydning for utfallet av behandlingen. Lett tilgjengelighet handler derfor både om at tilbudene er enkle å nå der folk bor og at hjelpen kommer raskt i tid. Lett tilgjengelighet retter seg både mot god tilgjengelighet til tjenester når lidelsen oppstår (eller ved de første tegn på at lidelsen vil kunne oppstå), og ved høy risiko for tilbakefall, glipper eller tilbakefall.

Strategier for å øke tilgjengeligheten til behandling, tar utgangspunkt i at personer alt kan ha gjort flere endringsforsøk på egenhånd, har erfaring fra slike endringsforsøk og kan ha en høy bevissthet om egen problemsituasjon og egen motivasjon og endringsevne.

#### 7.1.1. Tiltak for å nå flere unge

Det er nødvendig med mange ulike tiltak for å kunne nå flere unge med behov for behandling:

- a) Gjøre våre tilbud lett tilgjengelig for ungdom og deres foresatte
- b) kunne gi tilbud tidlig i utviklingen av rusproblem
- c) bedre samhandling med barnevernstjeneste, videregående skoler, PPT og barne og ungdomspsykiatri og kriminalforebyggende tiltak
- d) forhindre drop – out
- e) tilpasse metoder og intervensjoner utfra ungdoms behov
- f) inkludere familie – og sosialt nettverk i behandlingen
- g) utvikle digitale kontaktformer og nettbaserte tjenester

Det er forskjell mellom voksnes og unges rusmiddelbruk og behandlingsbehov. De unge kan i mindre grad enn en voksen føle at de trenger hjelp fra helsepersonell for et rusproblem. Uheldige konsekvenser av rusmiddelbruken er kanskje få, perioden med bruk av rusmidler kort, og hjelp og beskyttelse fra foreldre bidrar til å skjerme ungdommen fra uheldige følger. Få opplevde negative konsekvenser henger ofte sammen med lav motivasjon for endring eller for å delta i behandling. Unge kan også ha lavere selvinnsikt i egen atferd enn voksne og ser ikke alltid årsaker til, og konsekvenser av sine handlinger. Slik selvinnsikt er gjerne en forutsetning for å oppleve behov for hjelp. Overfor unge med rusmiddelproblemer som i liten grad føler at de trenger hjelp, kreves det ofte spesielle ferdigheter og tålmodighet for å motivere for

behandling. Rusbruk har større innvirkninger på en hjerne som er i vekst og utvikling, så både av somatiske, kognitive, sosiale og psykologiske grunner er det nødvendig å tilby snarlig hjelp når en ungdom eller foresatt søker om hjelp.

Våre TSB tilbud har høy kompetanse på de behandlingstilnærminger som har størst effekt overfor unge. Det gjelder kombinasjoner av individuelle og familie- og lokalbaserte tilnærminger som det beste valget for unge med rusmiddelproblemer. Det understrekes at betydningen av å involvere familiemedlemmer i behandling av unge med rusmiddelproblemer, er stor. Det pekes også på gode resultater av lokalbaserte team og tiltak. Stikkordsmessig kan nevnes:

- Atferdsmessige tilnærminger som hjelper ungdommen å gjenkjenne «triggere» for rusmisbruk og utvikle ferdigheter i å motstå rusmisbruk når triggere oppstår.
- Kognitive atferdstilnærminger for å identifisere og endre forstyrrende tanker og persepsjoner (inntrykk) som leder til problematferd.
- Motiverende intervjuing
- Kognitiv atferdsterapi
- Læringsbasert rusbehandling
- Familierapi/ familieinvolvering
- Døgnbehandling / kollektiver

Én behandlingsform passer ikke alle, verken unge eller voksne. Behandlere bør ta hensyn til hele personens behov på det utviklingsstadiet vedkommende befinner seg. Påvirkning fra familie, venner og andre viktige personer i ungdommens liv, samt eventuelle samtidige psykiske eller fysiske helseproblemer bør tas tak i samtidig som man starter behandling av ruslidelser. Ved behandling av unge pasienter må dilemma knyttet til pasientenes krav på taushetsplikt håndteres, samtidig som det er behov for at foreldre støtter opp om behandlingen. Unge vil ofte være avhengige av familiemedlemmer som vil være til støtte i bedringsprosessen, dersom de kan.

### **Nye arenaer for å nå unge**

I Regional plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015-2019 er et av tiltakene at TSB skal «Utforske nye arenaer for å nå de yngste i samarbeid med kommunale instanser og de regionale kompetansesentrene.» Barn og unge med rusproblemer blir ofte fanget opp for sent, både av helsestasjons- og skolehelsetjeneste, barnevern og psykisk helsevern for barn og unge (Opptappingsplanen for rusfeltet).

I samarbeid med videregående skoler og Universitetet i Århus har KORFOR gjennomført en undersøkelse som kartlegger trivsel, rus og psykisk helse i videregående skoler. Her bekreftes bildet som også andre undersøkelser viser; ungdommen ruser seg lite, men mange ungdommer sliter med psykiske problemer som depresjon og angst. Spesielt gjelder dette jentene. Tallene er mye høyere enn sammenlignbare tall fra Danmark. Og det er en gruppe med overgrepstraumer som også bruker mer rusmidler, som vil ha behov for hjelp. I de fleste tilfellene vil hjelp fra skolehelsetjenesten være nok. Men noen ungdommer vil ha med seg så mye «bagasje» at spesialisthelsetjenesten bør bistå. I kommunenes arbeid med å gjøre hjelp til ungdom mer tilgjengelig må spesialisthelsetjenesten være på tilbudssiden i forhold til hvordan den enkelte kommune ønsker å legge opp dette arbeidet. Kommunene er ulike og vil ha ulike behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten.

Psykiatrisk ungdomsteam Sandnes besøkte de kommunale barnevernstjenestene i sitt opptaksområde. Dette førte til et økt tall henvisninger fra disse tjenestene. Dette har vært et vellykket tidlig

intervensjonstiltak for å gjøre våre aktuelle tilbud mer kjent for denne delen av det kommunale hjelpeapparat. Det er ønskelig å systematisere informasjonsaktiviteter overfor barnevernstjenesten i alle kommuner.

#### Tiltak

- a) I samarbeid med utvalgte videregående skoler i Helse Stavanger sitt foretaksområde vil KORFOR fortsette å kartlegge trivsel, rus og psykisk helse i videregående skoler. Vi vil gå i en dialog med Rogaland fylkeskommune for å se på mulighetene for at denne kartleggingen blir en fast ordning og utvides til flere videregående skoler. Samtidig informeres skoler om tilbud både i kommuner og spesialisthelsetjeneste.
- b) TSB vil systematisere informasjonsaktiviteter overfor barnevernstjenesten i alle kommuner i Helse Stavanger sitt foretaksområde i samarbeid med Barne- og ungdomspsykiatrien.
- c) TSB fortsetter med samhandlingsiltak i lag med kommuner som f.eks K46
- d) Det bør ved narkotikarelatert kriminalitet være en klar målsetting at ingen ungdommer skal sone i norske fengsler, men i stedet tilbys sosial kontroll og hjelp der ungdommen bor. Ungdomsoppfølging og ungdomsstraff er nye straffereaksjoner for ungdom mellom 15 og 18 år og trådte i kraft 1. juli 2014. Vi vil planperioden fortsette samarbeidet med Konfliktrådet i Sør-Rogaland om unge lovbrøyttere som blir tilbudt slike alternative straffereaksjoner

#### **Hvordan forhindre dropout blant de unge pasientene**

Drop-out er et vanlig fenomen i rusbehandling, som truer effekten av terapi og øker risiko for helseskadelig tilbakefall og utvikling av mer alvorlig og sammensatt problematikk. I et samfunnsøkonomisk perspektiv vanskeliggjør også dropout planleggingen av gode helsetjenester. Personer som ikke benytter sitt tilbud om behandling forlenger ventetiden for personer som vil inn i behandling. Mange unge pasienter som er i kontakt med de psykiatriske ungdomsteamene faller ut av behandlingen. Vi arbeider for at dropout reduseres gjennom et samarbeid mellom de psykiatriske ungdomsteamene og Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus har arbeidet mye med denne tematikken og utarbeidet egne sjekklister for kontaktetablering med ungdom.

Oppstart av behandling i TSB viser seg å være en sårbar overgang for unge med rusmiddelproblemer. Det er godt dokumentert at en relativ stor andel unge med rusmiddelproblemer som er henvist til TSB, har vansker med å starte opp med poliklinisk behandling. En ambulant tilnærming for å nå unge med rusproblemer er derfor en av anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. I tråd med denne anbefalingen kan følgende forbedringstiltak gjøres av ruspoliklinikker som har unge som en del av målgruppen:

- Flere oppstartssamtaler hos henvisende instans.
- Implementere Drop-out sjekklisten utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste TSB (ring pasienten før oppstart, tilby fleksibelt møtested, tilby pasienten å ha med venn, familiemedlem eller likemann).
- Systematisk tilby kontakt med «likemann» i forkant oppstart poliklinisk behandling/utredning. Oppgavene til likemenn vil i denne sammenhengen være å trygge og motivere unge personer som er henvist.

- Utarbeide og implementere «avslutt-sjekkliste» for behandlere på ruspoliklinikkene; hva skal gjøres før det ev. er aktuelt å avslutte pasienter som er henvist men som ruspoliklinikkene ikke oppnår kontakt med.

### 7.1.2 Akutt- og avrusningstilbud

Manglende akutt- og avrusningskapasitet i TSB er noen ganger til hinder for å iverksette optimal behandling innen frist. Generelt rapporteres det om begrenset kapasitet på avrusning innen Helse Stavanger helseforetaksområde, noe som ofte medfører lang ventetid, som igjen kan føre til at noen pasienter får en senere oppstart av behandling enn strengt tatt nødvendig. Rogaland A-senter (RAS) har et tilbud om akutt innleggelse innen 12 timer. Dette tilbudet gir adekvat rusmedisinsk behandling med nødvendig avrusning, abstinensbehandling, somatisk vurdering og eventuell medisinerings. Indikasjonen for innleggelse i RAS er pasienter som etter en rusfri periode er i akutt fare for tilbakefall, eller har gått på en sprekke allerede. RAS tilbyr også ordinær avrusning (elektive innleggelser) i forkant av annen planlagt rusbehandling. Institusjonen tar derimot ikke i mot pasienter med akutt intox, pasienter med alvorlige psykosesyntomer, pasienter som er opplagt suicidale eller pasienter som er i en utagerende fase av rusen.

Pr. i dag finnes det derfor en pasientgruppe som trenger spesiell behandling ved avrusning, men ikke får dette pga. for dårlig kapasitet og differensiering av avrusningstilbudet i helseforetaksområdet. Dette gjelder pasienter med ROP – lidelse. Det vil også gjelde hvor den psykiske lidelsen er mer eller mindre kronifisert. I følge dagens ordning (og inngåtte avtaler) kan det oppstå store utfordringer når personer med psyko-seproblematikk, opplagt suicidalitet og/eller patologisk / utagerende rus trenger avrusning.

Utvidelse av offentlige TSB døgnplasser samt nyanskaffelser har for Helse Stavangers helseforetaksområde ført til en kapasitetsøkning av langtids døgnbehandling, men ventetiden til avrusingsopphold er relativt lang sammenlignet med andre helseforetaksområder i regionen. Høsten 2016 tok Helse Vest RHF initiativ til en regional arbeidsgruppe for å utrede behovene for en kapasitetsøkning og et mer differensiert akutt- og avrusningstilbud i helseforetaksområdet.

Det har i denne perioden blitt avholdt møter mellom Helse Vest RHF og Helse Stavanger HF som har konkludert med at foretaket på sikt ønsker å overta ansvaret for sentrale tjenester i forløpet TSB, herunder akutt, avrusning og helhetlig utredning av pasientens behandlingsbehov i Helse Stavanger-området. Hensikten er å bidra til et bedre differensiert avrusningstilbud i vårt nedslagsområde, med bedre pasientflyt, både mellom somatikk og psykisk helsevern, og når pasientene er henvist videre til behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Helse Stavanger følger opp med en intern prosess for å se nærmere på organisering av nye tilbud innenfor egen virksomhet, opp mot Lokal plan for TSB. Foretaket forholder seg til at avtalene med de private ideelle innenfor TSB har en varighet ut 2020.

Ny nasjonal retningslinje for avrusning legger faglige føringer for hvordan en økt differensiering kan innrettes. F.eks vil noen typer avrusninger kreve mer medisinsk oppfølging enn andre (medisinsk vs sosial avrusning). En nærmere utredning må også sees opp mot føringer i Opptrappingsplanen hvor det legges opp til at kommuner skal etablere Ø-hjelpstilbud. Noen områder en slik utredning må se nærmere på er:

- Kapasitet – normtall for akutt- og avrusningsinnleggelser
- Innhold eks. stabilisering versus avrusning
- Hvilke pasienter er aktuelle/ikke aktuelle for kommunale ø-hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus
- Poliklinisk avrusning
- Avrusning i psykisk helsevern voksne
- Somatikkens plikt til Ø-hjelp



### Tiltak:

Kapasitet og behovet for differensiering innen TSB akutt- og avrusningstilbudet i Helse Stavanger utredes i begynnelsen av planperioden. Foretaket ønsker på sikt å overta mer av ansvaret for sentrale tjenester i forløpet TSB, herunder akutt, avrusning og helhetlig utredning av pasientens behandlingsbehov i Helse Stavanger-området.

#### **7.1.3 Tilgjengelighet og likverdige tilbud**

For at befolkningen i foretaksområdet skal få likeverdig tilgang til tjenestene er det nødvendig å endre på dimensjonering av tilbud. Behovene for en styrking av tilstedeværelse for befolkningen på Strand og Ryfylkekommuner er dokumentert. Vi vil derfor vurdere å opprette poliklinikk på Strand som har åpent hver dag.

#### **7.1.4 Videreutvikling av ruskonsulentordningen på SUS**

Det foreslås en tredelt videreutvikling av ruskonsulentordningen.

- 1) Utvidelse til utvalgte somatiske poliklinikker.

I dag omfatter ikke ruskonsulentordningen på SUS somatiske poliklinikker. Vi foreslår at det åpnes opp for at somatiske poliklinikker kan henvise til ruskonsulent. Arbeidet prosjekterorganiseres og evalueres løpende. Noen somatiske poliklinikker som ønsker å være med får tilbud om å delta. Målgruppen vil primært være pasienter med risikofyllt eller skadelig bruk av alkohol hvor dette ikke tidligere har vært tematisert i møte med helsepersonell, og som ikke har hatt behandlingskontakt i forhold til rus.

- 2) Utvidelse til utvalgte deler av voksenpsykiatrien.

Vi foreslår at utvalgte deler av voksenpsykiatrien får tilbud om å kunne henvise til ruskonsulentordningen. Hensikten er at rusrelatert problematikk i større grad skal bli tematisert i møte med pasienter hvor alkoholbruk er en medvirkende årsak til sykdomsbildet. Arbeidet prosjekterorganiseres og evalueres løpende. Målgruppen vil primært være pasienter med risikofyllt eller skadelig bruk av alkohol hvor dette ikke tidligere har vært tematisert i møte med helsepersonell, og som ikke har hatt behandlingskontakt i forhold til rus.

- 3) Ruskonsulentordningen utvides til også å gjelde ungdom under 18 år.

Ungdom under 18 år som blir lagt inn på SUS på grunn av akutt rus har hittil fått et tilbud om samtale med sykehus sosionom. Både fra somatikken og fra TSB er det enighet om at dette tilbudet framover skal gis av ruskonsulentene. Implementering av den nye ordningen starter fra januar 2017.

#### **7.1.5 Videreutvikling av alkohol-studien**

Alkohol-studien til KORFOR dreier seg om arenaer og metoder for identifikasjon og intervensjon overfor personer med skjult alkoholproblematikk. Vi ønsker at forskningen skal bidra til at hjelpen blir mer tilgjengelig og til redusert varighet av ubehandlet alkoholproblematikk. Vi ønsker også at forskningen skal bidra til styrket evne til egenendring. I 2016 ble det avlagt en doktorgrad som fokuserer på fastlegenes rolle i dette arbeidet. Avhandlingen drøfter om en strategi som tar utgangspunkt i pasientens helseproblem kan være bedre egnet enn regelmessig kartlegging av alkoholforbruk. Arbeidet viser at selv om regelmessig

kartlegging sjelden gjøres, spør fastlegene ofte om alkohol når de tror det kan være relevant for pasientens helseproblem.

#### Tiltak:

Utvikle metoder for å støtte fastleger i arbeidet med å endre pasientenes alkoholvaner. Vi ønsker også å studere hva som skjer med de pasientene som får et tilbud på sykehuset som skal bidra til å endre alkoholvanene, og vi vil studere hvordan ulike sykehus organiserer arbeidet for å fange opp rusproblematikk på somatiske avdelinger.

### **7.1.6 Kjønnsspesifikk tilnærming**

TSB må utvikle, beskrive og dokumentere behandlingstilbud tilpasset kvinner og deres livssituasjon i alle typer behandling; poliklinisk og ved innleggelse. Opprettelse av egne tilbud innen eksisterende avdelinger må vurderes. Dette gjelder alle virksomheter. Dette vil kreve omprioriteringer og /eller økte ressurser.

De nasjonale retningslinjene for TSB anbefaler nemlig at kjønnsperspektivet i behandlingsbehovene bør ivaretas og at det legges til rette for at kvinner og menn får tilbud om kjønnsdelte behandlingsaktiviteter. En utsjekk innen vårt foretaksområde viser at disse forhold ivaretas poliklinisk, men kun delvis i døgntilbudene. Alle behandlingsinstitusjoner har tilbud både om egne kvinne- og mannsgupper. Det er inndeling i kvinne og mannsfløyer for å demme opp for seksualiserte relasjoner slik situasjonen gjerne har vært i rusmiljøer. Likevel registrerer vi at særlig unge kvinner har høyere drop-out i starten av institusjonsopphold og mener derfor at det er riktig å sette inn ekstra tiltak i en slik startsfase på inntil 3 måneder. Det viser seg at de som kommer igjennom denne fasen har høyere sannsynlighet enn menn for få fullføre sin behandling.

Kompetansen om kvinnevern behandling må også økes. Det er 3 viktige perspektiver for å ivareta disse kvinnene:

- a) tidlig intervensjon
- b) særegent rekrutteringsarbeid og kontinuitet i relasjon fra hjelpeapparatet sin side
- c) sikre kvinner kontroll over form, innhold og forutsigbarhet i behandlingsrelasjonen.

Forståelsen av hvorfor unge jenter utvikler et rusmisbruk eller en psykisk lidelse/rusmisbruk er lik som for voksne. Hovedfokus er at rusmisbruk er et symptom og forsøk på mestringsstrategi. Forskjellen er bare at avhengigheten, de psykiske lidelsene og funksjonssvikten ikke nødvendigvis er så fastlåst som hos voksne kvinner, slik at potensialet for bedring er større. Tidlig innsats gir derfor raskere effekt i yngre alder.

En viktig side ved behandling av kvinners rusproblemer, er deres opplevelse av barnevernets rolle. Innenfor hjelpeapparatet har vi en lovpålagt plikt til å melde fra om alvorlig bekymring, samtidig som vi skal ivareta kvinnenens behandlingsbehov. Dette kan skape angst og usikkerhet hos mange kvinner, de kan vegre seg mot å ta kontakt for å få hjelp, eller de kan holde tilbake viktig informasjon om sin situasjon fordi de er redde for å bli fratatt barna. På den andre siden kan ansvarsfølelsen som mor være en drivkraft til å ta tak i rusproblemet og arbeide bevisst med det.

Generelt oppsummerer forskning at kvinner trives i en behandlingsmodell som vektlegger prosess og relasjoner for å styrke selvbilde og integritet. Å bygge opp en positiv kjønnsidentitet er grunnleggende for å kunne få til varige endringer.

En konfronterende behandlingsstil virker skremmende. De trenger å få styrket kontrollen i sitt liv, også i en behandlingssituasjon. Det er viktig med tydelige avtaler og rammer der de har kontrollen/styringen. Det er derfor nødvendig å kunne tilby dem kvinnelige behandlere som kan være modeller for dem i deres søken etter egen identitet.

Disse kvinnene trenger et behandlingstilbud som kan ivareta dem under de ulike fasene i livet, som ved ungdomstid, ved svangerskap, fødsel og barseltid, som mødre til små og store barn, ved menopause, alderdom, når de har psykiske, somatiske og praktiske problemer.

Det må gis rom for tematisering og bearbeiding av typiske ”kvinneproblemer” som traumer, barnevernssaker, mishandlende partner. En må kunne forholde seg til at kvinner har en sterk tendens til å påta seg skyld, og at de reagerer med angst og depresjon. Disse kvinnene har ofte svake kvinnerelasjoner. De trenger skjerming overfor menn, et større rom for å bli kjent med seg selv, sine egne behov, ønsker og ressurser, og å bli kjent med andre kvinner. De trenger tilbud om en trygg relasjon i behandlingen, en trygg og varig forankring i behandlingsapparatet over tid.

De må skjermes mot å inngå destruktive forhold til menn, samtidig som vi er oppmerksom på at mange av kvinnene er pårørende til rusmisbrukende og dominerende menn. Å gi dem mulighet til å jobbe med seg selv og disse relasjonene vil være en forutsetning for vekst.

Vi må ta opp med dem temaet reproduktiv helse, forhold til egen kropp, seksualitet, prevensjon, abort og graviditet. Vi må gi kvinnene mulighet til å ivareta sitt forhold til barn og styrke foreldrekompetansen. Barn og øvrige nettverk bør bli inkludert i behandlingsforløpet. Mange kvinner trenger å få jobbet med avvsningsproblematikk, særlig i forholdet til biologisk mor.

Et godt stykke arbeid er gjort dersom behandler og pasient har lyktes med å få til en god behandlingskontakt. Det er en fordel at det er en kvinneansvarlig blant personalet. Det trengs også særegne tiltak for å få rekruttert kvinner til å kontakte hjelpeapparatet. Det bør være egne inntaksrutiner for kvinner, som sikrer meget raskt oppstart.

### Tiltak

Kjønnspektiv i behandling bør ivaretas. Det legges til rette for at kvinner og menn får tilbud om kjønnsdelte behandlingsaktiviteter. Ved behandlingsstart ved behandlingstilbudene utredes det å få etablert en egen enhet for unge kvinner i en 3 måneders stabilisering/ oppstartsperiode. Tilbudet kan gjelde for alle institusjonstyper.

#### **7.1.7 Behandlingsstart med utsatte kvinner i fengsel – Utvidelse av tilbudet**

Vår erfaring med kvinner som har rus og psykiske lidelser er at de ofte ikke kommer seg inn i behandling og utsetter seg for langvarig og alvorlig rusmisbruk over år med de belastninger dette medfører. Ved å gi et tilbud til utsatte kvinner i fengsel har vi erfart at vi har et bedre utgangspunkt til å etablere kontakt og tilby våre tjenester i en fase i deres liv der de er i trygge rammer, og evner å reflektere over livet på en annen måte enn de har når vi treffer dem i en poliklinisk setting.

Psykiatrisk ungdomsteam Sandnes (PUT Sandnes) har siden 2007 hatt ansvar for å bidra med spesialisthelsetjenester inn i Rusmestringsenheten i Stavanger fengsel. Ved siden av dette arbeidet er det utviklet et nært samarbeid med Kvinneavdelingen i Stavanger fengsel. De aller fleste kvinnene har prostitusjonserfaring. PUT Sandnes er fast på Kvinneavdelingen hver 14. dag. Det arbeides med å spre kunnskap til innsatte og ansatte om rus og psykiske lidelser, og behandlingsløp. TSB hjelper til med rusbehandling, søknader om behandling i døgninstitusjon og forberedelser til behandling i døgninstitusjon. Dette arbeidet gir gode muligheter til å følge opp innsatte som er kjente av PUT fra før og til å gi støttesamtaler til både innsatte og ansatte. Vi har også gode erfaringer med å trekke inn psykologer fra PUT som bidrar med utredninger, og å arrangere ansvarsgruppemøter også med eksterne aktører når PUT er i Kvinneavdelingen..

Vi ønsker å utvide tilbudet til en dag i uka. Da har vi større mulighet til å etablere kontakt raskere og gi et hyppigere tilbud om samtaler med fokus på behandlingsstart. Metoder som benyttes i møte med kvinnene er motiverende intervju, som viser seg å være svært nyttig. Da kommer ofte ambivalensen frem og vi får belyst de områder som kvinnene ønsker å endre. I tillegg vil vi ha undervisning og veiledning av fengselsbetjenter om tema innen rus og psykisk helse og sette av fast tid med 45 minutter hver uke. Det vil bli søkt om prosjektmidler til å finansiere en slik utvidelse

### **7.1.8 Eldre og rus**

Flere eldre drikker og de drikker mer. I Opptrappingsplanen for rusfeltet sies det at: «Veksten og omfanget i Eldres alkoholforbruk krever at vi i årene fremover endrer forestillingen om hvem som rammes av rusproblemer. Dette berører forskning, forebygging og behandling.» I forbindelse med Opptrappingsplanen leverte KORFOR rapporten: Eldres rusmiddelbruk (KORFOR 2015). I Rapporten er det lagt stor vekt på at det er de ordinære helse- og omsorgstjenestene som møter eldre med alkoholrelatert problematikk, og som må ha den nødvendige kompetansen og den bredden av fagfolk som er nødvendig for å kunne komme tidlig til med hjelp for å forebygge rusrelaterte helseproblemer og gi god behandling og hjelp med de helsemessige og sosiale problemene som oppstår.

Vi vil bidra til at det utvikles et kompetansehevingsprogram med ulike tilpasninger for ulike tjenester innen spesialiserte og kommunale tjenester, som kan styrke kompetansen i forhold til identifisering, kartlegging, råd, veiledning og endringsstøtte for eldre pasienter/brukere med alkoholrelatert problematikk. Et slikt kompetansehevingsprogram bør også adressere de negative og stereotype holdninger vi kan finne, rettet mot eldre. Gjennomføringen av kompetansehevingen bør foregå på det enkelte tjenestested, slik at fagmiljøene kan utvikle felles kunnskap, ferdigheter og holdninger i arbeidet med alkoholrelatert problematikk.

Vi vil også arbeide for at alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre får en viktig plass i utviklingen av rusmedisinsk kompetanse, både i den rusmedisinske spesialiteten og som del av andre medisinske fagfelt.

Og vi (TSB) vil samarbeide med henvisende instanser for å øke henvisningene av eldre med alvorlig alkoholavhengighet, og dermed også styrke vår egen erfaring i å gi god og tilpasset behandling til denne målgruppen.

### **7.1.9 Digitale kontaktformer og nettbaserte tjenester**

Nye digitale kontaktformer og arbeidsformer skal utforskes og tas i bruk i tråd med de nasjonale e-helsesatsingene. Tjenestene skal også legge til rette for at pasienter blir tilstrekkelig informert om nettbaserte tjenester som de kan bruke. Vi vil derfor søke deltakelse i regionale prosjekter som er under planlegging av Helse Vest, som har som mål å samle kunnskap og styrke tjenestene på disse områdene. Viser også til pkt. 7.2.7 Videreutvikling av Stayer-studien- Nye måter å benytte kommunikasjonsteknologi.

### **7.1.10 Videre utvikling av BrukerPlan**

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av den kjente rusmiddelproblematikken i kommunen. Fra og med 2015 omfatter kartleggingen også personer med kjent psykisk helseproblem uten rusproblemer innen de kommunale helse- og velferdstjenestene. Med BrukerPlan kan en dokumentere tilbudet som blir gitt, forventet etterspørsel etter tjenester, og det gir

grunnlag for å kunne gjøre prioriteringer mellom grupper og tilbud. Ved flere kartlegginger får en frem utviklingstrekk i omfanget og karakteren av problemet og utviklingen i tilbud for alle brukere, for utvalgte/prioriterte brukergrupper, eller for enkeltbrukere. BrukerPlan finansieres av Helsedirektoratet og driftes av RPS-teamet. Vi har det tekniske og faglige ansvaret for å videreutvikle verktøyet, for å gi den nødvendige opplæring og støtte til kommunene og for å analysere og formidle resultatene fra kartleggingene lokalt og nasjonalt.

BrukerPlan vil videreutvikles gjennom at vi vil styrke kapasitet og kompetanse når det gjelder å analysere datamaterialet fra BrukerPlan. Det blir gjennomført tematiske analyser på flere områder ut fra spennende tema som BrukerPlan-organisasjonen fanger opp, samt ønsker fra kommunene og statlige helsemyndigheter.

Data fra BrukerPlan vil bli benyttet for å overvåke resultatene av Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020. Og vil gi svar på om personer med rusproblemer får bedre samlet funksjonsnivå gjennom opptappingsplanperioden, samt innenfor sentrale levekårsområder som arbeid, aktivitet og bolig. Utviklingen må følges både ved at det gjøres sammenligninger mellom de årlige kartlagte populasjonene, samt at det etableres et fast panel av brukere som kan følges fra år til år.

## **7.2 Kontinuitet**

Kontinuitet i kontakten mellom pasient og det profesjonelle hjelpetilbudet er en forutsetning for å oppnå gode behandlingseffekter. Dersom en person har mer moderate problem og/eller gode egne ressurser og/eller god støtte i sitt nærmiljø, vil en avgrenset behandlingskontakt være det mest effektive. Men for de som har mer omfattende problem, med stor risiko og sårbarhet for tilbakefall, vil spørsmålet om kontinuitet i kontakten med hjelpeapparatet være svært avgjørende.

### **7.2.1 Forhindre drop- out**

Her viser vi til det som står under punkt 7.1.1. begrunnelsen for tiltak og beskrivelse av tiltak gjelder for de fleste pasienter.

### **7.2.2 Kontinuitet i helsetilbudet til pasienter med omfattende rusproblemer og somatiske lidelser – etablering av ny kontaktordning**

En betydelig andel av pasienter som blir innlagt på somatiske avdelinger har rusproblemer. Blant disse pasientene finnes en gruppe som oppfattes som ustabile, særlig i russituasjoner, og i perioder er forholdene kaotiske. Fastlegen er en nøkkelperson i å forsøke å skape kontinuitet i det medisinske tilbudet som blir gitt. Både fastlege, somatiske avdelinger på sykehuset og psykiatriske poster på sykehuset har behov for at en ordning med egne kontaktpersoner etableres for denne pasientgruppen. Dette kan videreutvikles i et samarbeid mellom kommunene, fastleger, spesialisthelsetjenesten og pasientorganisasjoner.

Vi foreslår at det nedsettes en gruppe med representanter fra brukerorganisasjon, somatikken, kommunene, psykisk helsevern og TSB. Gruppen skal planlegge et prosjekt som kan bidra til bedre oppfølging av denne gruppen etter behandling av somatiske lidelser.

### **7.2.3 Faglig utviklingsarbeid knyttet til behandlingsforberedende tiltak**

I oppdragsdokumentet til Helse Stavanger i 2012 er et av punktene at det skal være etablert behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter mens de venter på behandling. Arbeidet skal skje i samarbeid med kommunene. Behovet for behandlingsforberedende tiltak ble tatt opp i Meld. St. 30 (2011-2012) etter innspill fra KORFOR. Det som er blitt omtalt som «Stavangermodellen» for utvikling av behandlingssystemet inneholder en fase med behandlingsforberedende tiltak/behandlingsstart (se side 24). Behandlingsforberedende tiltak kan bli forstått som en egen fase i endringsprosessen der rusmiddelavhengige skal prøve ut endringsforsøk med endret rusbruk, normalisering av kognitive, psykologiske og sosiale funksjoner, og utvikling av motivasjon i en fase der ambivalensen er særlig sterk. Dette skal føre til at en er bedre forberedt for videre behandling.

Forskning som er blitt utført i et samarbeid mellom Gauselskogen behandling og rehabiliteringsenhet og KORFOR viser at de som har vært gjennom et behandlingsforberedende tiltak i mye større grad fullfører behandling. Det er behov for et videre arbeid når det gjelder å bestemme det beste innholdet i behandlingsforberedende tiltak tilpasset ulike pasientgrupper, effekten av behandlingsforberedende tiltak på drop-out og dimensjonering av behandlingsforberedende tiltak. Dette arbeidet må skje i et samarbeid mellom behandlingstilbudene og KORFOR og med deltagelse fra kommunehelsetjenesten og brukerrepresentanter.

### **7.2.4 Innleggelse i TSB døgntilbud – kritisk overgang**

Det er behov for å sikre overganger inn mot innleggelse i TSB døgntilbud bedre. I Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) står det at regjeringen vil styrke behandlingsforberedende tiltak i kommunen og spesialisthelsetjenesten (s.56).

Pasienter som mottar ambulante eller polikliniske tjenester i TSB kan ofte ha store vansker med å komme seg inn i døgntilbud til avtalt dato. Dette kan forklares med utfordringer for den enkelte som knyttes til avhengighetens mange sider. For pasientene innebærer dette fare for å falle ut av påbegynt ambulant/poliklinisk behandling, fra oppfølgingstiltak fra kommune, andre involverte instanser, at avhengigheten utvikles ytterligere i negativ retning, akutte situasjoner med fare for overdose. For TSB tilbud kan dette innebære for lavt belegg, ledige plasser som ikke uten videre kan tilbys neste person på ventelisten, dvs. lite tilfredsstillende ressursutnyttelse. Avdeling unge voksne startet derfor i 2015 et prosjekt sammen med to kommuner for å finne ut om man kan påvirke oppstart av døgntilbud i Veksthuset Rogaland for et langt høyere antall pasienter. Prosjektet tar sikte på å utvikle og systematisk iverksette tiltak for inkluderte pasienter i prosjektet, for dernest å måle om dette bidrar til at flere kommer seg inn i behandling til planlagt dato. Prosjektet anvender «Gjennombruddsmetoden for kvalitetsutvikling» som er anerkjent og vel dokumentert. Metoden gir mulighet for måling av resultater som er motiverende for arbeidet, og som kan gi et godt grunnlag for å utvikle ulike behandlingsforberedende tiltak videre i helseforetaksområdet. Systematisk likemannsarbeid i forkant av tilbudsbehandling kan være tiltak som bør prioriteres.

### **7.2.5 Sikre kontinuitet ved avbrutt døgntilbud**

For å optimalisere døgntilbudet i TSB er det nyttig med en gjensidig forpliktelse mellom tilbudet og henvisende instans om å planlegge for eventuelle avbrudd i behandling. Hensikten er tidlig i et forløp at pasienten selv, henviser og tilbudsenheten vet hva som skal gjøres dersom pasient velger å avbryte tilbudet. Planer inneholder tiltak ved avbrudd i tilbudet for å sikre at bestemte forhold og avtaler er på plass i forkant av en innleggelse. Både kontaktperson, hvor pasienten skal bo, hvem ordner

med bosted, evt. avtaler med DPS eller sengepost i psykisk helsevern legges ved og hvem som følger opp pasienten i perioden fra avbrudd og inntil en evt. reinnleggelse ved enheten. Planer angående avbrudd i behandling er i tråd med anbefaling nr. 44 og nr. 54 i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP (ROP-retningslinjen).

- Pasienter bør ha beskrevet tiltak i sine individuelle planer/ kriseplaner om hva som da skal iverksettes
- Sikre implementering av tiltak fra pasientsikkerhetsprogrammet (time i hånden, overdosekort osv.)
- Samarbeid med kommuner om deres handlingsplaner for forebygging av overdoser
- Systematisk informasjon om tilbudet av selvhjelpsgrupper i regionen.

### **7.2.6 Dødelighet og overdoser**

Å forhindre dødelighet og overdoser er et sentralt tema i pasientsikkerhetsarbeidet. Ved risiko for overdose er det lagd egne prosedyrer i EQS som konkretiserer ulike egnede tiltak for å forebygge overdosedødsfall. Det gjøres også selvmordvurderinger tidlig og underveis i behandlingsforløpet. Vi vil fortsatt samarbeide med kommuner om oppfølging av overdosestrategien.

### **7.2.7 Videreutvikling av Stayer-studien- Nye måter å benytte kommunikasjonsteknologi**

Stayer-studien består av delstudier med fokus på eksekutive funksjoner, tidsopplevelser, søvnvansker, motivasjon og endringsatferd, og anerkjennelse og recovery. Arbeidet vil videreutvikles gjennom videre forskning på datamaterialet som er blitt samlet inn siden 2012. Stayer-studien vil også videreutvikles ved at vi vil teste ut nye måter å benytte kommunikasjonsteknologi for å støtte personer som er i en recoveryprosess fra rusavhengighet. Kunnskap fra dette har praktisk innvirkning på våre polikliniske og ambulante tilbud som vil tilpasse innsatsene ytterligere i forhold til pasienters kognitive fungering.

### **7.2.8 Brobygger som et fast tiltak**

I legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er det innebygget noen reelle dilemmaer som alltid vil møte brukerne og tjenesteapparatet, og som vil være en gjentakende kilde til konflikt og fare for drop-out. Hvor går grensen mellom medisiner og misbruk, og hvordan og av hvem defineres denne grensen? LAR skal fungere i det vanskelige spennet mellom individuell tilrettelegging og medisinsk forsvarlighet. Mange brukere av legemiddellassistert rehabilitering sliter med at de føler at de ikke blir hørt av tjenesteapparatet og at det ikke i tilstrekkelig grad blir tatt individuelle hensyn. Behovet for en tillitsfull kommunikasjon er stort, men kan ofte være vanskelig å få til.

Prosjekt Brobygger er et samarbeid mellom proLAR, Stavanger kommune, Sandnes kommune og LAR Helse Stavanger. Hovedmålet med prosjektet er å bygge tillitsfull kommunikasjon ved at proLAR på en systematisk måte bistår brukerne og tjenesteapparatet i dette arbeidet. Brobyggeren deltar i forhandlinger om hva som er gode løsninger i situasjoner hvor dialogen har låst seg, eller er i ferd med å låse seg. Arbeidet startet opp i 2015. Prosjektet finansieres med statlige prosjektmidler og Brobygger er ansatt i proLAR. Utdelingsstedene for medisiner i Stavanger og i Sandnes er de viktigste arenaene for arbeidet.

KORFOR er i gang med å evaluere Brobygger. I første omgang er det blitt gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot brukerne av utdelingsstedene for medisiner i Stavanger og i Sandnes. I 2017 vil det bli gjennomført en ny spørreundersøkelse for å se på effektene av prosjekt Brobygger. Vi vil også gjennomføre fokusgruppeintervjuer med ansatte på utdelingsstedene og intervjuer nøkkelpersoner i prosjekt Brobygger. Dersom evalueringen av Prosjekt er positiv vil vi arbeide for at Brobygger blir et fast tiltak som er finansiert gjennom et samarbeid mellom Helse Stavanger og involverte kommuner.

### **7.3 Individualisering**

Organisering og innretning av tjenester med utgangspunkt i brukerens ønsker, behov og mestringsevne er et uttrykk for, og en anerkjennelse av, brukerkompetanse og verdien av å tilpasse tjenestene til den enkelte. Tjenestene bør utformes og tilrettelegges slik at det foreligger ulike tilbud og reelle valgmuligheter for brukeren. Et nært samarbeid med brukerne og deres pårørende i utvikling og organisering av tjenestene er en forutsetning for å etablere gode brukertilpassede tilbud.

Den samlede varigheten av kontakt med spesialisthelsetjenesten må tilpasses den enkeltes behov og vil kunne være flere år / ti-år for personer med de meste omfattende avhengighetsproblemene. Det betyr ikke årelange opphold i døgnbehandlingsinstitusjoner, men arbeidsformer med tilpasset intensitet i kontakten. Det vil også kreve endringer i kontaktformene, med mer oppsøkende kontakt på pasientens egne og de kommunale arenaer, mer bruk av telefon/IT, og mindre enkeltstående samtaler slik tradisjonell poliklinisk behandling ofte har vært preget av. Ut fra den betydning vi vet sosiale nettverk/støtte og bygging av sosial kapital har for behandlingsutfallet, må det profesjonelle hjelpeapparatet radikalt øke kontakten og samarbeidet med pårørende, arbeidsplasser, frivillige organisasjoner, og selvhjelpsgrupper og nettverk. Det er et stort uutnyttet potensial i et slikt samarbeid.

#### **7.3.1 Arbeids- og skole perspektivet.**

Arbeidsperspektivet integreres i standard behandling innenfor TSB, med opparbeiding av jobbsøkningsferdigheter og jobbmestrende oppfølging. Vi søker NAV Rogaland om å bli tiltaksarrangør innen ordningen Jobbmestrende oppfølging i hele foretaksområdet. Vi følger opp filialen av JobbResept som er etablert i Helse Fonna.

JobbResept og SkoleResept vil framover utvide fokuset på jobb/skole til å gjelde flere deltakere i rusbehandlingen. I tillegg prioriteres å veilede ansatte i skole og studier ettersom deltakerne blir yngre og det vil være naturlig å tenke at disse trenger hjelp og støtte til å ferdigstille en utdanning. Det er svært avgjørende at unge nysyke får riktig mengde bistand til å fullføre grunnskole og videregående skole, enten i et studiespesialiserende løp eller veien via fagbrev/lærlingeordning.

#### **7.3.2 Kartlegge traumer mer systematisk**

Traumer ser ut til å være en erfaring som, mange med psykiske lidelser og rusproblemer har vært utsatt for. Det være seg trakassering og mobbing. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge, (PHBU) er ca. halvparten av de som henvises vært utsatt for ett eller tre alvorlige traumer, og halvparten av dem bør få tilbud om traumefokusert behandling. Erfaringen tilsier at hvis behandlerne ikke har kunnskap om traumespesifikk behandling – får ikke pasientene riktig behandling. Sannsynligvis kan en tenke seg at samme erfaring ville være gjeldende innenfor PHV og TSB.

En annen antakelse er at traumatiserte barn, og barn som ikke får tilstrekkelig god omsorg utvikler personlighetsforstyrrelser. Dette kan forstås som uhensiktsmessige mestringsstrategier for barn og unge som opplever hjelpeløshet i oppveksten. På enkelte Psykiatriske institusjoner i Norge, der en har hatt



fokus på personlighetsforstyrrelser, har de en andel av denne pasientkategorien på 60 – 70 % innenfor PHV. Med generell kunnskap og spesifikk behandlingskompetans for denne pasientgruppen ville sannsynligvis flere pasienter kunne få en mer målrettet behandling.

Tiltak: Innføre systematisk kartlegging om pasienter traumeerfaring og iverksette adekvat behandling. Iverksette felles skoleringstiltak/ prosjekt sammen med Bufetat og BUPA om dette.

### **7.3.3 Individuell plan**

Alle pasienter i TSB med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få tilbud om individuell plan i samsvar med gjeldende regelverk. Det skal i starten av planperioden utarbeides en pasienttilpasset informasjonsbrosjyre om individuell plan, som skal beskrive kommuners og spesialisthelsetjenestens plikt i dette arbeidet. Det skal også utarbeides interne skriftlige rutiner for kliniske enheter som sikrer at kravene om meldeplikt til kommuner, dokumentasjon m.v. blir fulgt opp.

### **7.3.4 Personlighetsforstyrrelser**

Personlighetsforstyrrelser forekommer i alle grader fra lettere til mer alvorlige invalidiserende former. Behandlingsforskning har etter hvert tydelig vist at tilstanden, også i sine mer alvorlige former lar seg behandle med gode resultater. Ulike psykoterapiformer som skjemafokusert kognitiv terapi, mentaliseringsbasert terapi og dialektisk adferdsterapi er terapiformer som har vist seg å gi gode resultater. Kompetansen på de ulike terapiformene er imidlertid utilstrekkelig implementert i TSB og det er et behov for å øke denne kompetansen gjennomgående. Dette vil skje i samarbeid med andre deler av psykisk helsevern og rus.

Tiltak: Øke kunnskapen om behandling av emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser og skolere enkelte polikliniske team i DBT.

### **7.3.5 Angst og affektive lidelser**

De to store pasientgruppene som får utredning og behandling i PD, er pasienter med angst og depressive tilstandsbilder. For de fleste angsttilstandene vil kognitiv atferdsterapi med eksponering og psykoedukativ tilnærming være ofte de riktige tiltakene. Ved å komme tidlig til for angst tilstandsbildene vil en kunne hjelpe mange til å opprettholde sitt funksjonsnivå, både med tanke på eget selvbilde, nære relasjoner og skole og arbeid. Dette gjelder også depressive tilstandsbilder, som er en av de viktigste årsakene til at mennesker holdes borte fra skole og arbeid. Ved å kunne tilby riktig og målrettet behandling for disse tilstandsbildene, må PD både ha ressurser til å ha rett kompetanse, og organisere tjenestene slik at en legger til rette for rett behandling innenfor en akseptabel tidsramme.

Tiltak: Øke kunnskapen om behandling av angst og affektive lidelser.

### **7.3.6 Spilleavhengighet**

Spilleavhengige bør tilbys behandling på lik linje med personer som er rusmiddelavhengige. Det anbefales å legge til rette for kognitiv atferdsterapi av spilleavhengige og at tilbudet gis ved de ordinære poliklinikkene i TSB.

Tiltak: Øke kompetansen om spilleavhengighet ved poliklinikkene.

### 7.3.7 Brukerstyring/ recovery

Opptrappingsplanen for rusfeltet har som mål at det skal bli flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av ulike tjenestetilbud. I Helse Stavanger HF sin virksomhetsplan for brukermedvirkning (2015-2018) står brukermedvirkning beskrevet som et samvirke mellom kunnskaps- og beslutningsdeling hvor tyngdepunktet i medvirkningen noen ganger ligger i kunnskapsdeling, og andre ganger i beslutningsdeling. Målet med brukervirkningen er å sikre en god kvalitet på helsetjenestene (systemnivå) og en god kvalitet på den enkelte sitt behandlingstilbud (individnivå).

Helse Stavanger, Psykiatrisk divisjon har sammen med ulike samarbeidspartnere startet «Veiviserprosjektet». Hensikten er å fremme gode forbedringsprosesser for pasienter/ brukere av våre tjenester gjennom å styrke pasienters autonomi på hans/hennes vei til et bedre liv. Dette gjelder både om personen strever med psykisk lidelse eller rus- og avhengighetsproblematikk. For å oppnå slike endringer vil vi vektlegge virkemidler som kan øke brukermedvirkning.

I Helse direktoratets Veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, «Sammen for mestring», fra 2014, er dette omformulert til et tydelig oppdrag for tjenester i kommuner og helseforetak:

«Det legges særlig vekt på at:

- Tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv
- Tjenestene og tjenestenivåene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester
- Psykisk helse og rus ses i sammenheng.»

Brukermedvirkning blir særskilt fremhevet. Brukeren står i fokus som en selvstendig aktør samtidig som personens sosiale kontekst mobiliseres. Mange av elementene i en recoverytilnærming er allerede tatt i bruk i denne regionen. Flere avdelinger og DPS-er samarbeider allerede med kommuner, brukerorganisasjoner, likemenn, KS, Fylkesmannen og Helse Fonna om en slik innsats. Ledere har lagt et grunnlag for slike forbedringsprosesser også på systemnivå.

Recovery handler om den enkeltes vei til deltakelse i samfunnet, om å oppnå sine mål i livet, og om å leve et godt liv på egne premisser, også i perioder der den psykiske helse av ulike grunner er brutt ned:

*Recovery handler om å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik som personene selv definerer det, med eller uten symptomer og problemer som kan komme og gå. (Shepherd, Boardman & Slade 2008)*

Prosjektet har satt opp 5 hovedtemaer

- Brukermedvirkning
- Illness management and recovery (IMR)
- Bruk av likemenn
- Opplæring av likemenn i samarbeid med kommunene
- Forskning – systematisk evaluering

Tre fokusområder synes essensielle for å skape et mer recoveryorientert tilbud:

- Bruk av likemenn/erfaringsmedarbeidere med spesialutviklet opplæring i å formidle egenerfaring. Prosjektet skal bl.a utvikle og iverksette et program for å rekruttere, ansette, støtte og sikre resultater for likemenn/erfaringsmedarbeidere/medarbeidere med brukererfaring. Likemannsarbeidet skal utvikles i samarbeid mellom brukerorganisasjoner, de offentlige helsetjenester og selvstendige tjenesteleverandører med likemenn/erfaringsmedarbeidere ansatt.

- Selvutvikling hos pasienter/brukere av tjenester, utprøving og bruk av personlige utviklingsplaner og kriseplaner for den enkelte pasient/bruker.
- Kommunikasjon og kompetanseheving om brukermedvirkning i et recoveryperspektiv, gjennom samproduserte kursopplegg og utvikling av samvalg i dialogen mellom enkeltperson og behandler.

Både i Nasjonale faglige retningslinjer for TSB og i Regional plan for TSB 2015-2019 understrekes viktigheten av å etablere brukerstyrte innleggelse innenfor TSB. TSB innenfor Helse Stavanger sitt foretaksområde har etablert denne typen av tilbud innenfor døgnbehandling. I planperioden vil vi utvide dette tilbudet til også å gjelde dagbehandlingsplasser.

I rapporten «Brukermedvirkning i TSB – en myte?» kommer det frem at 21 prosent av TSB enhetene i Norge har brukerråd i tråd med de nasjonale anbefalingene. De fleste brukerrådene består av representanter fra en eller flere lokale bruker- og pårørendeorganisasjoner. Rapporten dokumenterer at erfaringene med brukerråd er gode. Avdeling rus- og avhengighetsbehandling i Oslo universitetssykehus har gjennom flere år hatt strukturert samarbeid med brukerrepresentanter i brukerrådet på avdelingsnivå. Brukere er med i flere forbedrings- og kvalitetsprosjekter, i budsjettarbeidet, i undervisning av medarbeidere og pasienter og i tilsetning av nye ledere og sentrale medarbeidere. TSB i Helse Stavanger sitt foretaksområde har et utstrakt samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner. Men vi har ikke et brukerråd for TSB.

Med bakgrunn i nasjonale anbefalinger og erfaringer med brukerråd, foreslår vi at det etableres et brukerråd for TSB i Helse Stavanger sitt foretaksområde.

#### Tiltak:

Alle deler av TSB tilbudene i foretaksområdet inviteres til å delta i Veiviserprosjektet. Utvikle brukerstyrt dagbehandlingstilbud. Etablere bruker – og pårørende råd for TSB i foretaksområdet.

### **7.3.8 Familie, pårørende og nettverksarbeid**

En nylig publisert doktoravhandling bekrefter at rusbehandling blir mest effektiv dersom familien og sosialt nettverk involveres. I de nasjonalt faglige retningslinjer for TSB løftes også familiebehandling særlig for unge under 25 år fram som en sterk anbefaling. Å gi behandling til personer med rus og psykiske lidelser må derfor inkludere tilbud til pasientens familie og sosiale nettverk. En hovedhypotese er at avhengighet er et symptom på eller forsøk på løsning når noe er fastlåst og konfliktfylt i relasjonene familiemedlemmene i mellom. Rusbruk kan forstås som en mestringsstrategi for å flykte unna vanskelige relasjoner eller uløste konflikter, dempe eller døyve psykisk smerte, kanskje avlede oppmerksomhet fra andre problematiske temaer i familien/nettverket eller repetere et atferdsmønster en har lært seg. Det er nødvendig å kunne samarbeide med de viktigste personene i en persons liv for å bistå slik at den enkelte og de nærmeste kan finne fram til de beste løsningene.

Et behandlingstilbud bør rette seg mot flere hovedgrupper:

1. Barn som pårørende
2. Pårørende som samarbeidspartner og målgruppe
3. Familierapi/familiesamtaler/parsamtaler
4. Familiararbeid ved innleggelse av pasienter på institusjon
5. Sosialt nettverksarbeid

Foretaket vil bygge videre på den kompetansen og de behandlingsintervensjoner vi allerede har.

Kompetansehevende tiltak er nødvendig for å ivareta dette. Det er behov for å styrke innsatsen med nye tiltak overfor barn som pårørende.

### Barn som pårørende

En kvalitativ levekårsstudie fra Helsedirektoratet om Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer viser at disse barna og ungdommene berøres når foreldrene sliter. De har også økt risiko for selv å utvikle rusproblemer eller psykososiale problemer. Det er derfor viktig å ha særskilt fokus på denne målgruppen og iverksette tiltak både for å ivareta deres behov og sikre god oppfølging, samt sette inn familieintervensjoner.

### Her foreslås følgende tiltak:

1. Avklare hvordan pasientens eventuelle barn skal sikres under døgnopphold, Om det er sendt bekymringsmelding til Barnevernet.
2. Barneregistrering og integrering av barneperspektivet i behandlingsmiljøet: Utvikling av en gratis, konfidensiell, og tilgjengelig «App» a la BrukerPlan for barneregistrering til bruk for 1. og 2. linjetjenestene. Appen må kunne dokumenterer hvilke innsatser som ble utført for barn av pasienter i TSB, og gi mulighet til å ta ut nødvendig statistikk for kvalitetsforbedring i egen virksomhet. Det anbefales også at appen kan registrere barns omsorgsoppgaver, med MACA 18YC. I dokumentmalene i institusjonen må det stå om en har barn. Barneperspektivet må bli godt belyst i behandlingsplanene. Alle institusjoner som tilbyr døgnbehandling i TSB må ha et egnet besøksrom for barn av pasienter med små barn.
3. For å øke foreldrekompetansen vil TSB i større grad satse på tiltak som COS, A-larm, og Styrk familien (Strengthening families), siden disse tiltak har som målsetning å styrke både foreldre og barn på en samtidig og koordinert måte.
- 4 Utvikling av behandlerkompetanse i TSB. Økt kompetanse i TSB på å skille helseperspektivet fra kontrollperspektivet, samt i f t å vurdere risiko for barnet, vil fremme at foreldre og barn kan møtes som brukere av helsetjenester. TSB besitter en unik kjennskap til familiefungering ved rusproblemer. Det anbefales at orientering om denne kunnskap gis til alle behandlere. Det anbefales innføring av veiledningsordninger og kurser for behandlere, ikke bare for de barneansvarlige.
5. Innføring av brukerundersøkelser med utgangspunkt i bruker som kunde, i forhold til hjelp i familien, og av «Consumer satisfaction» i f t de tjenester som samlet blir tilbudt.
6. Fortsatt delta i den kvalitetssikring av opplæring av barneansvarlige som er SuS.
7. Som en videreføring av doktorgradsprosjektet om familiebehandling vil vi arbeide for å etablere et forskningsprosjekt hvor vi utforsker behandlingsforløp for pasienter i relasjon til familiedeltagelse i behandling. Vi vil også undersøke mulighetene for å utvikle og implementere moduler for familiemedlemmer i Kvalitetsregister for behandling av rus- og avhengighetslidelser. Dette vil vi gjøre for å kunne undersøke familiemedlemmers livssituasjon i relasjon til pasientens livssituasjon.

Barn som pårørende blir også fulgt opp gjennom fortsatt å gi:

- Invitasjon til å ha med seg pårørende til informasjonssamtaler
- Tilbud om egne samtaler, temakvelder og helger for pårørende enten de har unge som

- går poliklinisk eller er innlagt
- Faste tilbud om familiesamtaler
- Faste tilbud om deltakelse i psykoedukative familiegrupper
- Sosialt nettverksmøter for innlagt pasienter
- Har etablert barneansvarlige i alle enheter
- Eks, starter opp med barnas time, har spesielle kvelder eller helger der barn og unge blir invitert på besøk, får pasienter til å skrive kort eller bilder og vise hvor de er, lager albumer, lager foreldrerolle kurs for innlagte pasienter, har leker og utstyr til passet barn på de fleste enheter, osv
- Deltar på eksterne møter for pårørende som foredragsholdere med mer.

### **7.3.9 Tilbud til personer med anabole androgene steroider og prestasjonsfremmende stoffer**

Den nye prioriteringsveilederen innen TSB har inkludert behandlingstilbud for doping/anabole androgene steroider som en av de prioriterte tilstander i TSB. Det finnes ikke et slikt tilbud lokalt i dag, verken i Stavangers foretaksområde eller i Helse Vest. Det er utarbeidet et forslag til pilotprosjekt for å utrede nærmere behov og etablere et tilbud etter modell fra Oslo universitetssykehus. Stavanger kommune har allerede engasjert seg i å utvikle et slikt tilbud og i en pilot er det ønskelig å etablere det som et samhandlingstiltak. Det er lagd intensjonsavtale om dette. Tidligere søknad om innovasjonsmidler til Helse Vest eller prosjektmidler fra Helsedirektoratet er avslått. Det foreslås å sende en ny søknad om prosjektmidler. Jfr vedlegg 1

### **7.3.10 Pasienter i Legemiddelassistert behandling - rehabilitering**

For å sikre likeverdige og helhetlige tjenester for pasienter i LAR vil det i perioden bli satt fokus på 5 områder:

- Antigstima arbeid
- Økt bruk av likemenn og selvhjelpsgrupper
- kompetanseheving og veiledning
- fremming av behov for kommunale tjenester
- implementering av oppgavefordeling for å sikre likeverdige tilbud i spesialisthelsetjenesten
- styrke spesialistkompetansen ved å øke stillinger for leger og psykologer i Lar.

For å sikre pasientgruppen likeverdige helsetjenester vil det være nødvendig med flere antistigma tiltak. Informasjon om at målgruppen er differensiert, presentasjon av forskningsresultater om helseeffekt av et helhetlig og integrert behandlings og rehabiliteringstilbud, å vise fram suksesshistorier og gode prosjekter som likemannstiltaket «Brobyggerprosjektet» vil være nødvendig.

En økt satsning på å styrke pasientenes egne ressurser til å få bedret sin situasjon har gitt gode resultater. Bruker – og pårørendeutvalget til LAR Helse Stavanger har kommet med betydningsfulle bidrag til et mer recovery-orientert fokus. Det er blant annet etablert ordning med systematisk bruk av likemenn på utdelingspoliklinikk og etablering av selvhjelpsgrupper og ferietilbud. En hundre prosent stilling for personer med brukerkompetanse er ansatt i LAR Helse Stavanger og bidrar aktivt i motivasjonsarbeid og styrkning av pasientenes egeninnsats.

Både kommuner og spesialisthelsetjeneste har behov for videre tett samhandling om pasientgruppen. Det krever at Lar Helse Stavanger øker sine tilbud om kunnskapsoverføring, kompetanseheving og

veiledning overfor alle deler av helsetjenesten. Praksis med desentraliserte polikliniske tjenester i kommuner og ved DPS – er fortsetter. Ordningen med veiledningstilbud for fastleger, og fagsamlinger for kommunale tilbud fortsetter. Målgruppens behov for kommunale tjenester følges opp i dialog med kommunene. Implementering av behandlingsforløp for LAR pasienter fortsetter. En styrking av kommunal innsats vil øke funksjonsnivået til pasientgruppen og dempe behovene for innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

Omfang av behov er synliggjort ved hjelp av tall fra kommuners kartlegginger med BrukerPlan. De har særlig behov for arbeid og aktivitet. Slike tilbud har avgjørende betydning for pasienter bedring av økonomi, sosial fungering og nettverk. Meningsfulle aktiviteter gir innhold i hverdagen og demper opp for ensomhet, som utgjør en stor risiko for tilbakefall og psykisk uhelse.

En mer systematisk samhandling mellom LAR Helse Stavanger og fastleger for å sikre bedre oppfølging av pasienters behov for somatiske tjenester er igangsatt fra mars 2016. Fastleger skal gradvis overta mer av oppfølgingen av stabile pasienter i LAR. En slik implementeringsprosess vil pågå i to år. Leger i LAR vil være tilgjengelig på støtte- og veiledningstelefon for fastlegene.

De fleste pasienter vil også framover få dekket sine behov gjennom TSB tilbudene, mens ROP pasienter vil ha behov for tjenester også fra psykisk helsevern.

#### Lavterskel tilbud

Helse Stavanger vil på bakgrunn av gjennomført behovsutredning søke Helsedirektoratet om nye tilskuddsmidler til et utprøvningsprosjekt med en integrert modell / ambulant virksomhet for å implementere og integrere et lavterskel substitusjonsbehandlingstilbud inn i det eksisterende tiltaksapparatet slik at det etter prosjektperioden er satt i system og i de ordinære rammene. Det vurderes nødvendig å søke om 5 stillinger – herunder en ansatt i Stavanger kommune, en ansatt i Sandnes kommune, en ansatt med brukererfaring fra proLAR, to ansatte LAR Helse Stavanger (behandler/lege). I mandatet for disse stillingene ligger målsetting om å se på de interne strukturene og se på hvordan et slikt tilbud skal forankres og implementeres.

#### **7.3.11 Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke (rus)**

Helse Bergen og Helse Stavanger har et hovedansvar i helseregionen for å gjennomføre tilbakehold i institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven (HOS) § 10-2. Helse Bergen koordinerer tilbudet i eget foretaksområde og for Helse Førde. Helse Stavanger koordinerer tilbudet i eget foretaksområde og for Helse Fonna, og tilbudet er lokalisert til Spesialavdelingen for voksne (SV). Framover vil det bli et økt samarbeid mellom SV og ARA om det faglige innholdet og sikring av behandlingsforløpene. Alle behandlingsinstitusjoner innen TSB er nå utpekt til å kunne gi tilbud om § 10-4 i forlengelsen av tilbakeholdelsen etter tvang. Helse Vest har nedsatt en regional arbeidsgruppe for å sikre lik implementering av den nye veilederen om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter HOS.

De siste årene har vært utfordrende i forhold til kapasitet. Det er hyppig kontakt mellom koordinator i begge helseforetakene for å få til plasseringer. Kapasiteten til Helse Stavanger synes å være for lavt dimensjonert i forhold til behovet. Vi vil derfor be Helse Vest om finansiering for å øke kapasiteten med to plasser. Dette vil samsvare med befolkningsgrunnlaget sammenliknet med Helse Bergens ansvarsområde.

Mål for et § 10-2 opphold:

- En sentral målsetting er at pasienten skal tas inn på institusjon og ha et opphold i rusfrihet og settes i stand til å ta valg om videre behandlingsforløp basert på eget samtykke
- Et virkemiddel for å komme i gang med et behandlingsopplegg

Veilederen vil framover legge føringer for hvordan et § 10-2 skal være organisert og faglig bygd opp. Her er det mange nyttige anbefalinger som vil bli brukt i å videreutvikle tilbudet:

- Individuell tilrettelegging, flere aktiviteter, samtaler, tilbud om utredning og behandlingstilbud, sikre fokus på behandlingsforløp
- Brukermedvirkning som førende prinsipp
- Pårørende må involveres og møtes som samarbeidspartner
- Unngå akuttinnleggelser og fremme flere planlagte innleggelser
- Sikre utredning og videre tilbud om behandling
- Bistandsteamet skal være forankret i kommunen.
- Bistandsteams sammensetning - flerfaglig sammensatt, faste medlemmer, skal sikre gode vurderinger og inntak
- Utøving av tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter 10-2 og tilbakehold på grunn av samtykke 10-4
- Utøvelsen av tilbakehold innen TSB institusjoner
- Institusjonens egenhet og kvalitet
- Kunnskapsgrunnlaget for veilederen bygger på ROP retningslinjen, Lar retningslinjen, veilederen Sammen om mestring, kunnskapsoppsummeringen til Korfor i forkant av Stortingsmelding 30, kunnskapsoppsummering fra Atferdssenteret i 2011, UNI Rokkan senterets rapport 2010.

### 7.3.12 Øke bruken av BRIEF-A

Stayer-studien er en forløpsstudie i regi av KORFOR som startet i 2012. Den skal følge 250 mennesker med rusavhengighet over mange år, med fokus på langtidsendringer knyttet til kognitiv fungering, motivasjon og tilfriskning. Kronisk rusmisbruk er assosiert med nevropsykologiske og nevroanatomiske endringer. Dette påvirker livskvalitet, yrkesmessig fungering, og muligheten til å dra nytte av terapi. Kognitiv svikt kan bidra til at pasientens kognitive forutsetninger og de kravene som stilles, særlig i tidlige behandlingsfaser, ikke passer sammen. Dette kan forklare noe av de høye drop-out tallene som man finner innen rusbehandlingen.

De første resultatene ble publisert i 2016 og fokuserer på hva som kan gjøres for å kartlegge kognitiv status. Nevrokognitive utredninger er kostbare og ikke allment tilgjengelig. I en travel klinisk hverdag vil en prosedyre som inkluderer lett tilgjengelige og rimelige måleinstrumenter være fordelaktig. BRIEF-A viste seg å være det mest sensitive mål på eksekutiv funksjon hos pasienter med ruslidelse. BRIEF-A er enkelt å ta i bruk.

### 7.3.13 Implementere Kvalitetsregister for behandling av rus- og avhengighetslidelser

Siden 2009 har Helse Stavanger ved KORFOR på oppdrag fra Helse Vest, utviklet Kvalitetsregister for behandling av rus- og avhengighetslidelser. Arbeidet er blitt møtt med stor faglig og politisk interesse. Kvalitetsregisteret dekker hele spekteret av ruslidelser fra kortvarige og relativt lite komplekse lidelser med behov for kortvarig intervensjon, til langvarige og komplekse lidelser. Formålet med Kvalitetsregisteret er å kunne drive benchmarking, kvalitetsforbedring av tjenestene og benytte registeret i forskning. Formålet

er også å bidra til kvalitetsforbedring av individuelle behandlingsforløp med et "ekspertsystem", som kan gi råd til behandlere om veivalg i behandlingsforløpet.

Kvalitetsregister for behandling av rus- og avhengighetslidelser legger til rette for systematisk brukerevaluering av behandlingstilbudet som blir gitt.

Kvalitetsregisteret bygger på forskningsbasert kunnskap, klinikererfaringer og brukererfaringer. Kvalitetsregister for behandling av rus- og avhengighetslidelser skal utgjøre "kvalitetsgrunnmuren" innenfor TSB og kan kombineres med mer utdypende kartlegginger etter behov.

I Styringsdokument 2016 Helse Stavanger HF er et av kravene til Helse Stavanger at alle nye pasientar innafor TSB skal registreres i Kvalitetsregister for behandling av rus- og avhengighetslidelser. I samarbeid med de private ideelle aktørene innenfor TSB i Helse Stavanger sitt foretaksområde er vi godt i gang med dette arbeidet. TSB enheter i Helse Stavangers foretaksområde følges opp gjennom deltagelse i «Prosjektgruppe for implementering av Kvalitetsregister for behandling av rus- og avhengighetslidelser.

### 7.3.14 Flerkulturelle tilbud

Språkproblemer og kulturelle ulikheter kompliserer kommunikasjonen og gjør det utfordrende å arbeide med en del pasienter fra andre land. Ulik forståelse av symptomer, sykdommer og behandling mellom pasient og behandler kan vanskeliggjøre kommunikasjonen. Det igjen har konsekvenser for faglige vurderinger, tidsbruk og gjennomføring av konsultasjoner.

Det er nødvendig å øke behandleres kulturelle kompetanse om kulturforståelse, faglige vurderinger og faguttrykk. Det er videre behov for å skolere ansatte i språk og kommunikasjon/bruk av tolk. Hvordan gjennomføre samtaler med minoritetspasienter/ diagnostiske intervju/rusbruk, hvilke kulturelle utfordringer de forskjellige etniske minoriteter gir, og om kulturperspektiv på situasjonen. Det er også nødvendig å sikre at tolkene har tilstrekkelig kunnskap tilpasset det TSB. For å bidra til et likeverdig behandlingstilbud for pasienter med flerkulturell bakgrunn foreslås følgende tiltak:

- Styrke den tverrkulturelle kompetansen for å redusere kulturelle barrierer. Dette innebærer blant annet økt kunnskap om kommunikasjon på tvers av kulturer samt økt kunnskap om kulturelle forskjeller og hvordan disse kommer til uttrykk i møtet mellom ansatt og pasienter med minoritetsbakgrunn.
- Tiltak for å forenkle språk kan bidra til bedre utfyllende og forklarende oversettelse, samtidig som det kan gjøre informasjonen mer tilgjengelig for pasienter med begrensede norskkunnskaper.
- Mer oversatt materiell, først og fremst informasjon om psykiske lidelser og avhengighet på flere språk blant annet somali, arabisk, urdu, farsi, engelsk og polsk. Utarbeidelse av informasjonsmateriell for ikke-vestlige innvandrere må ta høyde for at det er stor variasjon i utdanningsnivået i denne gruppen og dette materialet må gjøres lettere tilgjengelig.
- Lage en kunnskapsportal til ikke-vestlige innvandrere som inneholder flerspråklig og brukervennlig informasjon om helse, helsetjenester og regelverk.
- Lage en kunnskapsportal for helsepersonell som inneholder lett tilgjengelig og oppdatert kunnskap om pasientens land, helse og kultur.
- Kunnskap om transkulturell behandling bør styrkes i alle ledd i helsetjenesten.
- Utvikle brosjyrer/informasjonsmateriale på flere språk, med informasjon om tolkens rolle/oppgave, retten til å få tolk, samt tolkereglene, slik at pasienter vet hva de kan forvente og ikke forvente av en tolk. Brosjyren kan referere til lovverket og vise til fagpersoner kan være



pålagt å bruke tolk. Brosjyren bør også eventuelt informere om hvor man kan henvende seg ved eventuelle klager.

- Tiltak for tolkene som brukes, slik at de får tilstrekkelig kunnskap tilpasset det medisinske fagområdet. Andre gode tiltak er rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn som øker TSBs interne språkkompetanse.
- Kartlegging av faktorer som kan påvirke i møtet mellom den ikke-vestlige pasienten og behandleren.

### **7.3.16 Psykisk utviklingshemning og rusmiddelmissbruk**

Personer med nedsatte kognitive evner/tilpasningsferdigheter og samtidig rusmiddelmissbruk har sannsynligvis fått et for dårlig hjelpetilbud. Til tross for at forekomststudier kan tyde på at bruk av rusmiddel er mindre hos personer med psykisk utviklingshemning enn i befolkningen ellers, viser forskning at det tar kortere tid fra rusmiddeldebut til problemutvikling. Utfordringer med diagnostisering av utviklingshemning og psykiske tilleggsvansker kan komplisere hvordan kommunale instanser og spesialisthelsetjeneste skal sikre behandling og videre oppfølging.

Tiltak: Samhandling og utvikling av tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning og samtidig rusproblematikk skal være et fokusområde i planperioden

### **7.3.18 Styrking av antall leger med kompetanse innen rusmedisin**

For å bli godkjent som utdanningsinstitusjon for rusmedisin er det en forutsetning å ha godkjente spesialister i rusmedisin i 100 prosents stillinger til å kunne veilede Lis leger i utdanningsløpet. Avdeling for unge voksne og Rogaland a- senter samarbeider om å lage utdanningsløp til disse kandidater. I foretakets TSB tilbud er det behov for følgende økning av antall overleger og lis leger de neste 5 årene:

- Avdelingsoverlege økes fra 70 til 100 prosent
- Gauselskogen fra 50 til 100 prosent overlege og 2 lis leger
- Put Stavanger ( Ruspoliklinikk ung) fra 50 til 100 prosent overlege og 2 x 100 lis leger
- Put Sandnes ( Ruspoliklinikk ung) fra 50 prosent overlege i dag til 100 prosent overlege og 2 x 100 lis leger
- Lar Helse Stavanger økes fra dagens 1,5 overlege og 0,5 lis lege til 3 x 100 prosent overlege og 2 Lis leger.
- Oppsøkende behandlingsteam fra 0,6 overlege til 1 overlege og 2 lisleger.
- Veksthuset Rogaland fra 0,2 prosent overlege til 1 x 100 prosent overlege og 1 lis lege

Kostnadene må dekkes ved omprioriteringer internt og ekstratilførsel av ressurser.

### **7.3.19 Styrking av polikliniske tjenester**

Det er påpekt et behov for styrking av polikliniske tilbud for befolkningen i Ryfylket. Både Put Stavanger og Lar Helse Stavanger har ansvaret for å gi et slikt tilbud. Begge poliklinikker trenger en styrking for å kunne gi dette. Behovet følges opp i forhold til budsjettprosess 2018 og mulighet for omdisponering av egne midler.

### 7.3.20 Utvikling av en nasjonal standardisert versjon av FACT-tavle

FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam. FACT-team gir støtte og koordinering av tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser. FACT er en bred biopsykososial modell som sørger for:

- Mestring av sykdom og symptomer (behandling),
- veiledning og praktisk bistand i dagliglivet,
- reduserer innleggelser i sjukehus,
- stimulerer til inkludering slik at pasientene deltar i samfunnslivet.

Arbeidet krever god koordinering og oversikt over de ulike arbeidsoppgavene knyttet til hver enkelt pasient som FACT-teamet arbeider med. Derfor har Oppsøkende Behandlingsteam Stavanger (OBS) i samarbeid med Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) utviklet en Excel basert FACT-tavle som sikrer at teamet har den nødvendige oversikten over arbeidsoppgaver. FACT-tavlen er et sentralt verktøy for å systematisere pasientforløp og intervensjoner utført av et team. FACT-tavle møtene avholdes daglig og er korte og konsise. På FACT-tavlen settes de pasientene som har behov for intensiv teambasert oppfølging over en periode.

Prototypen av FACT-tavlen er blitt testet ut og utviklet av OBS og KORFOR over en toårs periode. Erfaringene viser at kvaliteten på pasientbehandlingen og pasientsikkerheten øker ved bruk av FACT-tavlen. Tilbakemeldingene fra de ansatte og ledelsen i OBS er også utelukkende positiv når det gjelder FACT-tavlen. Og det er et ønske om å få mulighet til å være med på å videreutvikle verktøyet.

Vi vil utvikle en nasjonal standardisert versjon av FACT-tavle som dekker behov for etablerte team i Norge som jobber etter denne modellen. Grunnet store lokale variasjoner kva angår forankring i tjenestenivå og organisering er det nødvendig å utarbeide en felles FACT-tavle og praktisering av denne, også med tanke på forskning og evaluering av ACT/FACT satsingen nasjonalt. For 2016 har vi mottatt kr. 50 000,- i innovasjonsmidler fra Plogen til dette arbeidet.

## 8. Oppsummering av forslag til tiltak

### Tilgjengelighet

<p>1) Det er nødvendig med mange ulike tiltak for å kunne nå flere unge med behov for behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gjøre våre tilbud lett tilgjengelig for ungdom og deres foresatte</li><li>• kunne gi tilbud tidlig i utviklingen av rusproblem</li><li>• bedre samhandling med barnevernstjeneste, videregående skoler, PPT og barne- og ungdomspsykiatri og kriminalforebyggende tiltak</li><li>• forhindre drop – out</li><li>• tilpasse metoder og intervensjoner utfra ungdoms behov</li><li>• inkludere familie – og sosialt nettverk i behandlingen</li><li>• utvikle digitale kontaktformer og nettbaserte tjenester</li></ul>
<p>2) I samarbeid med utvalgte videregående skoler i Helse Stavanger sitt foretaksområde vil KORFOR fortsette å kartlegge trivsel, rus og psykisk helse i videregående skoler. Vi vil gå i en dialog med Rogaland fylkeskommune for å se på mulighetene for at denne kartleggingen blir en fast ordning og utvides til flere videregående skoler.</p>
<p>3) Vi vil i planperioden fortsette samarbeidet med Konfliktrådet i Sør-Rogaland om unge lovbrøyttere som blir tilbudt alternative straffereaksjoner (ungdomsoppfølging og ungdomsstraff).</p>
<p>4) Foretaket ønsker på sikt å overta mer av ansvaret for sentrale tjenester i forløpet TSB, herunder akutt, avrusing og helhetlig utredning av pasientens behandlingsbehov i Helse Stavanger-området.</p>
<p>5) Styrke det polikliniske tilbud for befolkningen i Ryfylket</p>
<p>6) Ha en gjennomgang i lag med kommuner med størst bruk av våre TSB tjenester om kommuners utvikling av egne tilbud</p>
<p>7) Utvalgte deler av voksenpsykiatrien får tilbud om å kunne henvise til ruskonsulentordningen. Hensikten er at rusrelatert problematikk i større grad skal bli tematisert i møte med pasienter hvor alkoholbruk er en medvirkende årsak til sykdomsbildet. Arbeidet prosjektorganiseres og evalueres løpende. Målgruppen vil primært være pasienter med risikofylt eller skadelig bruk av alkohol hvor dette ikke tidligere har vært tematisert i møte med helsepersonell, og som ikke har hatt behandlingskontakt i forhold til rus.</p> <p>Ruskonsulentordningen utvides til også å gjelde ungdom under 18 år</p>
<p>8) Utvikle metoder for å støtte fastlegene i arbeidet med å endre pasientenes alkoholvaner. Vi ønsker også å studere hva som skjer med de pasientene som får et tilbud på sykehuset som skal bidra til å endre alkoholvanene, og vi vil studere hvordan ulike sykehus organiserer arbeidet for å fange opp rusproblematikk på somatiske avdelinger.</p>
<p>9) Det legges til rette for at kvinner og menn får tilbud om kjønnsdelte behandlingsaktiviteter. Ved behandlingsstart ved behandlingstilbudene utredes det å få etablert en egen enhet for unge kvinner i en 3 måneders stabilisering/ oppstartsperiode. Tilbudet kan gjelde for alle institusjonstyper.</p>
<p>10) Vi ønsker å utvide tilbudet til utsatte kvinner i Stavanger fengsel til en gang i uka. Da har vi større mulighet til å etablere kontakt raskere og gi et hyppigere tilbud om samtaler med fokus på behandlingsstart. Metoder som benyttes i møte med kvinnene er motiverende intervju. I tillegg vil vi ha undervisning og veiledning av fengselsbetjenter om tema innen rus og psykisk helse og sette av fast tid med 45 minutter hver uke. Det søkes om prosjektmidler fra Helsedirektoratet</p>

11) Vi vil bidra til at det utvikles et kompetansehevingsprogram med ulike tilpasninger for ulike tjenester innen spesialiserte og kommunale tjenester, som kan styrke kompetansen i forhold til identifisering, kartlegging, råd, veiledning og endringsstøtte for eldre pasienter/brukere med alkoholrelatert problematikk.

Vi vil også arbeide for at alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre får en viktig plass i utviklingen av rusmedisinsk kompetanse, både i den rusmedisinske spesialiteten og som del av andre medisinske fagfelt.

Og vi (TSB) vil samarbeide med henvisende instanser for å øke henvisningene av eldre med alvorlig alkoholavhengighet, og dermed også styrke vår egen erfaring i å gi god og tilpasset behandling til denne målgruppen.

12) Vi vil søke deltakelse i regionale prosjekter vedrørende digitale kontaktformer og nettbaserte tjenester som er under planlegging av Helse Vest, som har som mål å samle kunnskap og styrke tjenestene på disse områdene.

13) BrukerPlan videreutvikles gjennom at vi vil styrke kapasitet og kompetanse når det gjelder å analysere datamaterialet fra BrukerPlan

### **Kontinuitet**

14) Vi vil arbeide for at dropout reduseres gjennom et samarbeid mellom de psykiatriske ungdomsteamene og Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus har arbeidet mye med denne tematikken og utarbeidet egne sjekklister for kontaktetablering med ungdom.

En ambulant tilnærming for å nå unge med rusproblemer er en av anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. I tråd med denne anbefalingen kan følgende forbedringstiltak gjøres av ruspoliklinikker som har unge som en del av målgruppen:

- Flere oppstartssamtaler hos henvisende instans.
- Implementere Drop-out sjekklister utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste TSB (ring pasienten før oppstart, tilby fleksibelt møtested, tilby pasienten å ha med venn, familiemedlem eller likemann).
- Systematisk tilby kontakt med «likemann» i forkant oppstart poliklinisk behandling/utredning. Oppgavene til likemenn vil i denne sammenhengen være å trygge og motivere unge personer som er henvist.
- Utarbeide og implementere «avslutt-sjekkliste» for behandlere på ruspoliklinikkene; hva skal gjøres før det ev. er aktuelt å avslutte pasienter som er henvist men som ruspoliklinikkene ikke oppnår kontakt med.

15) En betydelig andel av pasienter som blir innlagt på somatiske avdelinger har rusproblemer. Blant disse pasientene finnes en gruppe som oppfattes som ustabile, særlig i russituasjoner, og i perioder er forholdene kaotiske. Det nedsettes en gruppe med representanter fra brukerorganisasjon, somatikken, kommunene, psykisk helsevern og TSB som skal planlegge et prosjekt som kan bidra til bedre oppfølging av denne gruppen etter behandling av somatiske lidelser.

16) Det er behov for et videre arbeid når det gjelder å bestemme det beste innholdet i behandlingsforberedende tiltak tilpasset ulike pasientgrupper, effekten av behandlingsforberedende tiltak på drop-out og dimensjonering av behandlingsforberedende tiltak. Dette arbeidet må skje i et samarbeid mellom behandlingstilbudene og KORFOR og med deltagelse fra kommunehelsetjenesten og

brugerrepresentanter.
17) Avdeling unge voksne startet i 2015 et prosjekt i samarbeid med to kommuner for å finne ut om man kan påvirke oppstart av døgnbehandling ved Veksthuset Rogaland for et langt høyere antall pasienter. Resultatene vil være et grunnlag for å utvikle ulike behandlingsforberedende tiltak videre i helseforetaksområdet.  Systematisk likemannsarbeid i forkant av institusjonsbehandling kan være tiltak som bør prioriteres.
18) For å sikre kontinuiteten ved avbrutt døgnbehandling vil TSB i helseforetaksområdet arbeide for følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter bør ha beskrevet tiltak i sine individuelle planer/ kriseplaner om hva som da skal iverksettes</li> <li>• Sikre implementering av tiltak fra pasientsikkerhetsprogrammet (time i hånden, overdosekort osv.)</li> <li>• Samarbeid med kommuner om deres handlingsplaner for forebygging av overdoser</li> <li>• Systematisk informasjon om tilbudet av selvhjelpsgrupper i regionen.</li> </ul>
19) Stayer-studien består av delstudier med fokus på eksekutive funksjoner, tidsopplevelser, søvnvansker, motivasjon og endringsatferd, og anerkjennelse og recovery. Arbeidet vil videreutvikles gjennom videre forskning på datamaterialet som er blitt samlet inn siden 2012. Stayer-studien vil også videreutvikles ved at vi vil teste ut nye måter å benytte kommunikasjonsteknologi for å støtte personer som er i en recoveryprosess fra rusavhengighet.
20) I 2017 vil det bli gjennomført en ny spørreundersøkelse for å se på effektene av prosjekt Brobygger. Vi vil også gjennomføre fokusgruppeintervjuer med ansatte på utdelingsstedene og intervjuer nøkkelpersoner i prosjekt Brobygger. Dersom evalueringen av Prosjekt er positiv vil vi arbeide for at Brobygger blir et fast tiltak som er finansiert gjennom et samarbeid mellom Helse Stavanger og involverte kommuner.

### Individualisering

21) Arbeidsperspektivet integreres i standard behandling innenfor TSB. JobbResept og SkoleResept vil framover utvide fokuset på jobb/skole til å gjelde flere deltakere i rusbehandlingen. I tillegg prioriteres å veilede ansatte i skole og studier ettersom deltakerne blir yngre og det vil være naturlig å tenke at disse trenger hjelp og støtte til å ferdigstille en utdanning.
22) Innføre systematisk kartlegging om pasienters traumeerfaring og iverksette adekvat behandling. Iverksette felles skoleringstiltak/ prosjekt sammen med Bufetat og BUPA om dette.
23) Implementere en pasienttilpasset informasjonsbrosjyre om individuell plan, som skal beskrive kommunenes og spesialisthelsetjenestens plikt i dette arbeidet. Implementere interne skriftlige rutiner for kliniske enheter i Avdeling unge voksne, som sikrer at kravene om meldeplikt til kommunen, dokumentasjon m.v. blir fulgt opp.
24) Øke kunnskapen om behandling av emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser og skolere enkelte polikliniske team i DBT.
25) Øke kunnskapen om behandling av angst og affektive lidelser
26) Øke kompetansen om spilleavhengighet ved poliklinikkene
27) Brukerstyring og recovery Alle deler av TSB inviteres til deltakelse i «Veiviserprosjektet» i Helse Stavanger for å utvikle recoverybaserte helsetjenester for personer med rus-/avhengighetsproblemer og psykiske vansker.

<p>Utvikle brukerstyrte dagbehandlingsplasser. Etablere bruker- og pårørenderåd for TSB i Helse Stavanger sitt foretaksområde.</p>
<p>28) Et behandlingstilbud bør rette seg mot flere hovedgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn som pårørende</li> <li>• Pårørende som samarbeidspartner og målgruppe</li> <li>• Familierapi/familiesamtaler/parsamtaler</li> <li>• Familiararbeid ved innleggelse av pasienter på institusjon</li> <li>• Sosialt nettverksarbeid</li> </ul>
<p>29) Søke om støtte til et pilotprosjekt angående tilbud til personer med anabole androgene steroider og prestasjonsfremmende stoffer etter modell fra Oslo universitetssykehus.</p>
<p>30) For å sikre likeverdige og helhetlige tjenester for pasienter i LAR vil det i perioden bli satt fokus på 5 områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antigstima arbeid</li> <li>• Økt bruk av likemenn og selvhjelpsgrupper</li> <li>• Kompetanseheving og veiledning</li> <li>• Fremme behovene for kommunale tjenester</li> <li>• Implementering av oppgavefordeling for å sikre likeverdige tilbud i spesialisthelsetjenesten</li> <li>• Styrke spesialistkompetansen ved å øke stillinger for leger og psykologer i Lar.</li> </ul>
<p>31) Søke om prosjektmidler til et lavterskeltilbud for Lar - pasienter</p>
<p>32) Søke Helse Vest om finansiering for å øke § 10-2 kapasiteten med to plasser</p>
<p>33) Implementere BRIEF-A for kartlegging av eksekutive funksjoner hos pasienter med ruslidelse</p>
<p>34) I samarbeid med de private ideelle aktørene innenfor TSB i Helse Stavanger sitt foretaksområde skal ARA/Korfor følge opp implementering av Kvalitetsregister for behandling av rus- og avhengighetslidelser. TSB enheter i Helse Stavangers foretaksområde følges opp gjennom deltagelse i «Prosjektgruppe for implementering av Kvalitetsregister for behandling av rus- og avhengighetslidelse».</p>
<p>35) For å bidra til et likeverdig behandlingstilbud for pasienter med flerkulturell bakgrunn foreslås følgende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrke den tverrkulturelle kompetansen for å redusere kulturelle barrierer. Dette innebærer blant annet økt kunnskap om kommunikasjon på tvers av kulturer samt økt kunnskap om kulturelle forskjeller og hvordan disse kommer til uttrykk i møtet mellom ansatt og pasienter med minoritetsbakgrunn.</li> <li>• Tiltak for å forenkle språk kan bidra til bedre utfyllende og forklarende oversettelse, samtidig som det kan gjøre informasjonen mer tilgjengelig for pasienter med begrensede norskkunnskaper.</li> <li>• Mer oversatt materiell, først og fremst informasjon om psykiske lidelser og avhengighet på flere språk blant annet somali, arabisk, urdu, farsi, engelsk og polsk. Utarbeidelse av informasjonsmateriell for ikke-vestlige innvandrere må ta høyde for at det er stor variasjon i utdanningsnivået i denne gruppen og dette materialet må gjøres lettere tilgjengelig.</li> <li>• Lage en kunnskapsportal til ikke-vestlige innvandrere som inneholder flerspråklig og brukervennlig informasjon om helse, helsetjenester og regelverk.</li> <li>• Lage en kunnskapsportal for helsepersonell som inneholder lett tilgjengelig og oppdatert kunnskap om pasientens land, helse og kultur.</li> <li>• Kunnskap om transkulturell behandling bør styrkes i alle ledd.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utvikle brosjyrer/informasjonsmateriale på flere språk, med informasjon om tolkens rolle/oppgave, retten til å få tolk, samt tolkereglene, slik at pasienter vet hva de kan forvente og ikke forvente av en tolk. Brosjyren kan referere til lovverket og vise til at fagpersoner kan være pålagt å bruke tolk. Brosjyren bør også eventuelt informere om hvor man kan henvende seg ved eventuelle klager.</li> <li>• Tiltak for tolkene som brukes, slik at de får tilstrekkelig kunnskap tilpasset det medisinske fagområdet. Andre gode tiltak er rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn som øker TSBs interne språkkompetanse.</li> <li>• Kartlegging av faktorer som kan påvirke i møtet mellom den ikke-vestlige pasienten og behandleren.</li> </ul>
36) Samhandling og utvikling av tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning og samtidig rusproblematikk skal være et fokusområde i planperioden.
37) Styrking av antall leger med kompetanse innen rusmedisin
38) Styrke poliklinisk tilbud for befolkningen i Ryfylke. Styrke polikliniske tjenester i Lar Helse Stavanger og Ruspoliklinikk ung, Stavanger.
39) Vi vil utvikle en nasjonal standardisert versjon av FACT-tavle som dekker behov for etablerte team i Norge som jobber etter denne modellen. Grunnet store lokale variasjoner hva angår forankring i tjenestenivå og organisering er det nødvendig å utarbeide en felles FACT- tavle og praktisering av denne, også med tanke på forskning og evaluering av ACT/FACT satsingen nasjonalt.

## 9. Kilder

1. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020).
2. St.meld. nr. 47(2008–2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
3. St.meld. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)
4. Regional plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 2015-2019
5. Styringsdokument 2016 Helse Stavanger HF
6. Stenius, K. 2011 Marked forces do not solve the problems. *Addiction* 106.
7. Næss, O. 2014. Room for action? How service managers in three Scandinavian cities experience their possibilities to develop their services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 3.
8. Brukere med rus- og psykiske helseproblem i norske kommuner. BrukerPlan – statistikk 2015. Helse Stavanger 2016.
9. Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Helsedirektoratet 2015.
10. Drake, R.E., Bond, G.R., & Becker, D.R. (2012). *Individual Placement and Support: An evidence-based approach to supported employment*. New York: Oxford University Press.
11. Bo Löfgren, Inger Nelson-Löfgren (1992). *Alkohol rus missbruk behandling*. Avesta: ABM-Tryck AB.
12. Haugum M, Holmboe O, Iversen HH, Bjertnæs ØA. Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015. PasOpp-rapport nr. 1 – 2016. ISSN 1890-1565 .
13. Yih-Ing Hser, Douglas Longshore and M. Douglas Anglin. 2007. *The Life Course Perspective on Drug Use: A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories*.
14. Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Helsedirektoratet 2016.
15. Eldres rusmiddelbruk Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre og helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR. Utredning til Helse- og Omsorgsdepartementet. Juni 2015. KORFOR
16. Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk
17. Rus- og psykiske lidelser. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser. Helsedirektoratet. 2012
18. Virksomhetsplan for brukermedvirkning. Helse Stavanger 2015-2018.
19. *Making recovery a reality*. Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade. 2008
20. Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Helsedirektoratet. 2016.
21. Brukermedvirkning i TSB – En myte? En nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i TSB. Nasjonal kompetansetjeneste TSB. 2014
22. *Troubled families and individualised solutions?* Anne Schanche Selbekk. PhD Thesis. Universitetet i Stavanger. 2016.
23. Barn og ungdommer som har foreldre med rusmiddelproblemer – En kvalitativ levekårsstudie - «Når jeg ser han, får jeg sånn stikk i hjertet ...». Helsedirektoratet 2015.
24. TVANG OVERFOR RUSMIDDELAVHENGIGE. Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Ingrid Rindal Lundeberg · Kristian Mjåland · Karl Harald Søvig · Even Nilssen · Bodil Ravneberg. Uni Rokkansenteret. 2010.
25. *Assessment of Executive Function in Patients With Substance Use Disorder: A Comparison of Inventory and Performance-Based Assessment*. Egon Hagen, PhD a,□, Aleksander H. Erga, PhD b, Katrin P. Hagen c, Sverre M. Nesvåg, PhD a, James R. McKay d, Astri J. Lundervold e,f, Espen Walderhaug, PhD g. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Volume 66, July 2016, Pages 1–8.