



# Forløpsgruppe Rus

**Mai 2009**

**FORLØPSGRUPPE RUS**  
**RAPPORT FRA ARBEIDSGRUPPE MAI 2009**  
**Avgitt 25. mai 2009**

**Innholdsfortegnelse:**

|   |    |
|---|----|
| 1. INNLEDNING .....                                 | 3  |
| 2. BESKRIVELSE AV BRUDD OG SVIKT I TJENESTENE ..... | 5  |
| 2.1. Historien om Roger .....                       | 5  |
| 2.2. Historien om Jan.....                          | 6  |
| 3. ÅRSAKER TIL BRUDD OG SVIKT I TJENESTEN.....      | 8  |
| 3.1. Organisasjonsmessige forhold.....              | 8  |
| 3.2. Økonomiske forhold .....                       | 9  |
| 3.3. Juridiske forhold.....                         | 10 |
| 3.4. Uklarhet om hva som er målet.....              | 11 |
| 4. FORSLAG TIL FORBEDRING.....                      | 11 |
| 4.1. Forebygging og tidlig intervensjon .....       | 12 |
| 4.2. Organisering og dimensjonering.....            | 13 |
| 4.3. Lovgivning.....                                | 13 |
| 4.4. Individuell plan og koordinator.....           | 14 |
| 4.5. Kompetanse .....                               | 14 |
| VEDLEGG: IDEELT FORLØP .....                        | 16 |

## 1. INNLEDNING

Regjeringen vil før sommeren legge fram en egen stortingsmelding om Samhandlingsreformen. I arbeidet med reformen er det fokus på at mange pasienter og brukere har behov for koordinerte tjenester, fra ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, og andre sentrale velferdstjenester. Det har det nedfelt seg en erkjennelse om at vi i dag ikke har gode nok systemer som understøtter helheten i pasient- og brukerforløpene.

I oppfølgingen av reformen vil det stå sentralt å arbeide med systemtiltak som skal støtte gode og helhetlige forløp. Som en forberedelse til dette arbeidet er det nedsatt flere enn 10 arbeidsgrupper som skal fokusere på pasient- og brukerforløp. Gruppene skal gi felles innspill til hva som er typiske ”bruddsituasjoner” og forbedringstiltak. Vår gruppe har arbeidet med rusfeltet.

Gruppen er bedt om å besvare 8 konkrete spørsmål om samhandling og avlevere et dokument på om lag 10 sider. Arbeidsgruppen skal presentere representative case eller ”pasienthistorier”. Spørsmålene er gjengitt under:

### ***Spørsmålene stilt til arbeidsgruppen***

- 1. Hvilke brudd kan dere identifisere i den kjeden dere har tegnet?*
- 2. Hvordan kan lovmessige forhold i dagens lovgivning bidra til brudd i forløpet?*
- 3. Hvordan kan dagens økonomiske ordninger/ finansieringsordninger bidra til brudd i forløpene?*
- 4. I hvilken grad er målet for prosessen/forløpene kjent blant aktørene og er denne målformuleringen omforent?*
- 5. Kan vi peke på organisasjonsmessige forhold som er til hinder for samhandlingen i dette forløpet?*
- 6. Kan dere identifisere områder for forbedring?*
- 7. Kan dere peke på hvor i forløpet en ”venstreforskyvning” av ressursinnsatsen i retning av mer forebygging kunne vært satt inn?*
- 8. Er det ytterligere råd dere vil gi til departementet for at pasientens behov for koordinerte tjenester skal bli ivaretatt?*

Rapporten svarer på spørsmål 1 i kapittel 2, spørsmål 2,3,4 og 5 besvares i kapittel 3 som årsaker til brudd. Spørsmål 6 og 7 besvares i kapittel 4 som anbefalte forbedringstiltak. Innspillene som har vært knyttet til spørsmål 8 har et innhold som har gjort det naturlig å integrere dem i den øvrige teksten. På oppfordring har vi lagt ved et eksempel på et godt forløp.

Gitt tidsrammene for arbeidet, har det vært nødvendig å avgrense gruppens arbeid. Vi har vurdert at de fleste bruddene som presenteres i notatet også omhandler alkoholmisbruk. Skadelig forbruk av alkohol utgjør i omfang det største rusproblemet i Norge. Tiltak som begrenser konsum og sikrer tidlig intervensjon som avdekker risiko, vil være de viktigste virkemidlene for å redusere skader. Notatet berører i mindre utstrekning primærforebyggingstiltak.

Arbeidet med forløp er av innledende karakter og vil bli fulgt opp i arbeidet med Samhandlingsreformen. Det er fra departementet understreket at pasient- og brukerorganisasjonene skal gis en sentral plass i gruppen. I tillegg deltar ansattes organisasjoner, virksomheter og kommuner også i gruppen. Gruppen har hatt følgende deltakere:

Anne Loennechen, KS/Bergen kommune  
Dagfinn Haarr, Legeforeningen  
Rune Strøm, Legeforeningen  
Svein Roald Olsen, Sykepleierforbundet  
Stein Askøy, Fagforbundet  
Tyra Mannsverk, Fylkesmannen i Finnmark  
Kirsti Lie, Larnett  
Berit Schjefstad, Mental Helse  
Per Erik Hagen/ Lise Sømmelstad, proLAR  
Kariann Tingstein, Landsforeningen mot stoffmisbruk/ Kontaktforum for spesialisthelsetjenesten  
Eric Johanssen, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon  
Arild Knutsen, Foreningen for human narkotikapolitikk  
Anne Grethe Skjerve, Rådet for psykisk helse  
Maria Reklev, Landsforeningen for barnevernsbarn  
Andreas Høstmælingen/ Anette Claussen, Norsk psykologforening  
Anders Ulstein, Actis  
Thomas Rygh/ Hildegard Anthun Ørsnes, Frelsesarmeen  
Arild Olsen, Kirkens Bymisjon  
Terje Turøy, Fagrådet  
Jan Steneby, Voksne for barn  
Kathrine Haugland Martinsen, Fellesorganisasjonen  
Arne Johannesen, Helsedirektoratet,  
Johannes Kolnes, Samhandlingsprosjektet.  
Thorbjørn Brekke, Helse- og omsorgsdepartementet  
Sjur Øverbø Andersen, Helse- og omsorgsdepartementet  
Øyvind Brandt (leder), Helse- og omsorgsdepartementet  
Ann Kristin Andresen (sekretær), Helse- og omsorgsdepartementet

## **2. BESKRIVELSE AV BRUDD OG SVIKT I TJENESTENE**

Rapporten presenterer to historier for å illustrere hvordan mennesker med rusmiddelavhengighet mottar tjenester fra det offentlige. Noen brudd fremtrer som særlig viktige, en type primærbrudd, som igjen kan forårsake andre brudd. Relasjonsbrudd, mangel på nettverk og samtidighet, manglende fleksibilitet og uklare mål.

Historiene som presenteres vil vise følgende alvorlige brudd og svikt:

- ✓ Rusmiddelavhengige får ikke hjelp under svangerskapet
- ✓ Helsestasjon og barnehage melder ikke bekymring til barnevernet
- ✓ Gjentatte relasjonsbrudd i fosterhjem, barnevern og sosialtjeneste
- ✓ Ansvarsskifte ved fylte 18 år.
- ✓ Skolen fanger ikke opp signaler om rusmiddelbruk og psykiske vansker hos ungdommen selv eller hos deres familie
- ✓ Spesialisthelsetjenesten behandler ikke somatiske og psykiske sykdommer godt nok hos rusmiddelavhengige
- ✓ Høy terskel inn i behandlings- og rehabiliteringstiltak og lav terskel ut
- ✓ Ventetid mellom avrusing, behandling og ettervern bidrar til sprekk og ekstrarunder.
- ✓ Mangel på tjenester ved overgang fra institusjon/fengsel til kommune
- ✓ Flytting mellom kommuner gir omfattende relasjonsbrudd for enkeltindivid og hele familien, barn inkludert.
- ✓ Ansvarsklarhet mellom barnevern, helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene og på spesialistnivå
- ✓ Brudd i behandling

### **2.1. Historien om Roger**

Mor er 20 år og far 28 år da han blir født. Begge foreldrene er rusmiddelavhengige. Roger bor hos mor i starten. Mor lever på sosialhjelp og overgangsstønad. Mor følger ikke opp alle kontrollene på helsestasjonen. Roger begynner i barnehage når han er 3 år. I barnehagen reagerer de på dårlig hygiene og språkutvikling, og sender bekymringsmelding til barnevernet, som undersøker saken og finner at mor ruser seg daglig. Kommunen forsøker med støttetiltak i hjemmet og urinprøver.

Etter hvert kommer Roger i fosterhjem, som frivillig ordning. Når han er 7 år må han skifte fosterhjem, og han skifter også saksbehandler i barnevernet. Når han er 9 år oppleves han som "umulig" og skifter til forsterket fosterhjem. Han skifter igjen saksbehandler i barnevernet. Når han er 12 år begynner han å bruke tobakk og alkohol. Han henvises til BUP, men er lite motivert for utredning. Når han er 14

år bruker han Cannabis, og blir også hentet inn av politiet for rusing og vold. Når han er 15 bruker han Amfetamin og Subutex. Han klarer grunnskoleeksamen med et nødsrik. Barnevernet vedtar tvungen plassering i institusjon. Finansiering via Bufetat og kommunalt barnevern, som avsluttes på 18 årsdagen. Når han er 18 år flytter han på hybel i tidligere hjemkommune, der barnevernet har hatt kontakt med ham hele veien. Han begynner å injisere amfetamin og Subutex. Han klarer ikke å fullføre videregående skole.

Når Roger er 18 år får han sin første fengselsdom. Han henvises til PUT fra fengselshelsetjenesten. Det er lang ventetid til PUT, og Roger blir heller ikke utredet før løslatelse. Når han er 19 år blir han tatt inn til frivillig opplegg med botilbud og rehabilitering i privat, kristelig regi i hjemkommunen. Den kommunale egenandelen er 22 000 kr. Dette opplegget fungerer bra, det er tett oppfølging, og en ansvarsgruppe etableres. Roger er nå rusfri. Han går i poliklinisk utredning/behandling på PUT. Når Roger er 20 år informerer kommunen om at den må spare, og sier opp avtalen med omsorgssenteret. Kommunen sier at de skal gi et likeverdig tilbud. Roger flytter på hybel i nabokommunen. Han mister dermed all oppfølging fra egen kommune (NAV, sosial oppfølging, etc.) unntatt fastlege og terapeut på PUT. Roger ruser seg nå stadig oftere, hans rusmisbruk er en kombinasjon av blandingsmisbruk, særlig med amfetamin. Han blir psykotisk, og blir innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling i 3-4 dager av gangen. Han skrives ut uten videre behandling. Sosialkontoret i den nye kommunen tar initiativ til § 6.2 – tilbakehold. Fylkesnemnda gir medhold i dette. Tvangsplasser er 5 timers kjøring fra hjemkommunen. Bestillingen fra kommunen er utydelig, og kommunen har ikke ressurser til å følge opp Roger under innleggelse på tvang. Når han er 22 år utskrives han fra tilbakehold. Han har nå fått påvist ADHD og bipolar lidelse. Det er ikke startet forsøk på medikamentell behandling på grunn av for kort tid med rusfrihet.

Når han er 23 år injiserer han heroin for første gang. Når han er 25 år og i cannabis/heroinrus stjeler han en bil og krasjer.

## **2.2. Historien om Jan**

Jan er en 32 år gammel mann, blandingsmisbruker, med hovedvekt på amfetamin og heroin, sitter for tiden i fengsel. Han røyker også mye cannabis. Han har stort sett klart å holde seg rusfri under soningen, men det har blitt noen sprekker. Jan har tidligere vært i LAR, men ble skrevet ut for to år siden grunnet manglende oppmøte. Har siden klart å avslutte opiatbruken, men i fengselet har han foretrukket å bruke opiater igjen.

Den dagen Jan slipper ut (etter 2/3 TID), er det ingen som møter ham utenfor fengselet. Han kjenner ikke til relevante væresteder eller aktivitetstiltak. Jan hadde

ønsket å møte ruskonsulenten raskt etter løslatelse, slik at han blant annet kunne få utarbeidet individuell plan (IP) og sikret seg forløp i henhold til den. Jan får først en time hos ruskonsulenten etter 4 dager. Det søkes om IP etter noen uker. Han trenger også en henvisning til en vurderingsinstans i spesialisthelsetjenesten, men henvises ikke dit.

Jan er under tilsyn av Kriminalomsorg i Frihet (KIF) som en del av prøveløslatelsen, han må møte der en gang i uken. Han får tilbud om å møte ruskonsulenten hver 14. Dag. Ansvarsgruppen blir etablert i løpet av en måned. Den består innledningsvis av pasient, ruskonsulent og KIF. Fastlegen deltar ikke i ansvarsgruppen.

Jan har store psykiske problemer og ruser seg nå på amfetamin, medikamenter og cannabis. I tillegg har han fått diagnostisert hepatitt C. Ventetiden for samtaleterapi hos psykolog er så lang at en mulige bakenforliggende årsak til rusmiddelmissbruken i liten grad tas hensyn til. Dersom pasienten ikke har en diagnose er det så å si umulig å få time hos psykolog/psykiater.

Jan får beskjed om oppstartsdato for et avrusningsopphold, med etterfølgende tilbud på en behandlingsinstitusjon. Han drar til avrusningsstasjonen til avtalt tid. Der får han et godt medisinsk og sosialfaglig tilbud, slik at avgiften ikke blir for tøff. Han er på avrusningsstasjonen i tre uker, men må så vente i 5 mnd før han har fått plass på behandlingsinstitusjonen.

Den institusjonen han kommer til har et behandlingsopplegg som innebærer en første del der han må være på selve institusjonen i 9 til 12 måneder. Institusjonen tilbyr noen aktiviteter og noe individuell og gruppeterapi. Det er flere tilbud, men få krav. Pasienten opplever institusjonen mer som et oppbevaringssted for rekreasjon enn som et konstruktivt tilbud som arbeider med planlegging av hjemreise. Her symboliseres endt behandling/opphold mer som "å gå ut av en dør, enn som å gå inn en ny".

Etter en stund på institusjonen reiser han på permisjon en helg, dette går dessverre ikke så bra, og han ruser seg på heroin i løpet av helgen. Han ringer selv institusjonen og forteller at han har sprukket. Institusjonen kan ikke tilby ham en plass før tidligst om en uke, og i denne uken ruser pasienten seg mye, og begår nye kriminelle handlinger. Etter en uke klarer allikevel pasienten å legge seg inn til avrusning og er der ca en uke, før han returnerer til institusjonen. Pasienten skrives nå ut av institusjonen.

Jan søker reinntak i Legemiddelassistert rehabilitering. Han havner i kø til LAR-behandling. Han møter ikke opp til oppstart i LAR, men sitter da i varetekt mistenkt

for brudd på § 155. Pasienten søker på ny etter løslatelse og stilles så bakerst i køen igjen.

Han bruker stadig mer rusmidler, og får stadig større psykiske problemer. Jan praktiserer selvmedisinering. Han har også store bekymringer for gjelden sin, som vokser. Han begår kriminelle handlinger for å betale noe av gjelden, men er nå etter hvert så syk at han har store vanskeligheter med å bo hjemme. Han dør av en leversvikt 45 år gammel.

### **3. ÅRSAKER TIL BRUDD OG SVIKT I TJENESTEN**

#### **3.1. Organisasjonsmessige forhold**

Med utgangspunkt i de to konkrete historiene og klargjøring av viktige brudd i tjenestene, fokuseres det her på årsaker til brudd og svikt i tjenesten. Med organisasjonsmessige forhold menes her hvordan tjenestens ulike deler er ordnet i forhold til helheten, målforståelse og ansvarsklarhet.

Vi har et strukturert kjedesystem, der ansvar for tiltak og bruker følger ledd etter ledd i en kjede. Systemet med henvisning, vurdering av rettigheter, inntak i behandling, utskriving og overføring til instans med ansvar for oppfølging, utgjør en lineær, fragmentert prosedyre som skaper flere brudd i pasientforløpet. Bruddene gir manglende kontinuitet i forholdet mellom brukeren og tjenesteyterne/ behandlerne. Brukere er særlig sårbare overfor relasjonsbrudd i overganger, som det typisk er mange av i et rusmiddelforløp. Når man er ute fra en institusjon skal det ikke være slik at man går ut en dør, men INN en ny.

Et tjenesteapparat som ikke kan tilby hensiktsmessig hjelp når brukeren trenger det, skaper ventetid – og bruddsituasjoner. Tilbud om behandling er ofte ikke tilgjengelig når personen er motivert for å starte opp et behandlingsforløp. Mange venter for lenge på et tilbud. Dette fører til at de takker ja til et tilbud som kanskje ikke matcher behovet. Det er et lovhjemlet ansvar både for NAV/kommune (sosialtjenesten), fastlegen og det kommunale barnevern om ivaretagelse under ventetid/behandling, oppstart i LAR eller institusjonsopphold.

Vurderingsenhetene skal også, ut fra individuelle behov, sette en frist for når behandlingstiden skal være igangsatt. Vi ser stadige eksempler på at ventetiden for rettighetspasienter blir bestemt ut fra behandlingsinstitusjoners kapasitet i stedet for ut fra den enkeltes behov (jf loven om pasientrettigheter). Dette skaper brudd.

Strengt krav til økonomiske resultater medfører at behandlingsinstitusjonene driver med fullt belegg og vanskelig kan holde plasser tomme i påvente av



pasienter med høy prioritet eller pasienter som (midlertidig) har forlatt institusjonen. Henteordning for LAR pasienter, med det mange peker på er en uheldig og uegnet kombinasjon av behandling og kontroll, er eksempel på brudd knyttet til systemkrav.

Brudd under pågående behandling som ikke relateres til samhandling og helhetlige forløp er også viktig. Rusbehandling har høy avbrudds frekvens, og avbrudd bør innføres som en kvalitetsindikator for rusinstitusjoner.

### **3.2. Økonomiske forhold**

Systemene for å finansiere tjenestetilbudet til rusavhengige er forskjellige avhengig av om det er kommunen, staten eller ulike private organisasjoner som yter tilbudet, og de økonomiske rammene kan være strammere og løsere i ulike deler av tjenesten.

Hensynet til økonomisk balanse innenfor den enkelte virksomhet, slik som for kommunalt barnevern, det statlige barnevernet, den kommunale helse- og sosialtjenesten eller ulike deler av spesialisthelsetjenesten, tilsier at det er økonomisk rasjonelt å skyve oppgaver til andre eller utsette å igangsette tiltak. Dette medfører at innsatsen som er satt inn på et tidlig tidspunkt i et forløp ikke nødvendigvis ivaretas i de påfølgende nivåene, og hele eller deler av forbedringen som er oppnådd forsvinner. På denne måten kan de økonomiske forholdene bidra til brudd i tjenestene. Dette er i klar konflikt med å ivareta samfunnsøkonomiske hensyn.

Når tjenestene i ulike deler av et behandlingsforløp ikke er riktig dimensjonert i forhold til behovene oppstår flaskehalsen som kan gi uønsket ventetid, og dermed risiko for brudd i tjenestetilbudet. Dette kan igjen medføre at resultatene som er oppnådd svekkes eller forsvinner og at effekten av den samlede ressursinnsatsen ikke blir optimal.

Det benyttes kommunal egenbetaling for behandlingsplasser i det statlige barnevernet, mens opphold i døgninstitusjoner på statlig nivå innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige er gratis for kommunen. Dette kan bidra til brudd ved at kommunen ikke iverksetter riktig hjelp i tide/tidlig intervensjon, men venter med henvisning til statlig nivå (for andre instanser enn Bufetat) for å unngå egenandel.

Egenandelsordninger ved bruk av eksempelvis legetjenester i kommuner og polikliniske tjenester på spesialistnivå kan bidra til brudd ved at rusmiddelavhengige ikke oppsøker, og/eller grunnet restanser blir utestengt fra disse tjenestene. Økning av egenandel kan fremme, snarere enn hindre, brudd.

### 3.3. Juridiske forhold

Personer med rusmiddelavhengighet benytter ofte tjenester som defineres av ulike lover og med ulike ansvarsforhold. I overgangene mellom tjenester regulert av ulike lovverk oppstår det uklarhet om ansvarsforhold, som kan medføre at brukeren blir stående uten et tilfredsstillende tilbud og at lovgivningen slik kan bidra til brudd i tjenestene.

Ulike tjenester har gjennom lovverk ofte klart definerte og strenge regler i forhold til å avgjøre hvem som skal få tilgang til hjelp. Det er et større problem at man ikke på samme måte sikrer "utgangen" ved lovkrav som stiller krav til hvordan tjenesten sikrer at brukerens behov ivaretas.

Lov om barnevern gir ungdommen mulighet til å samtykke til tilbakehold i tre uker, men bare frem til 18 år, etter dette gjelder ikke muligheten for tilbakehold, noe som mange ungdommer beklager, da dette gjør dem mer sårbare for "dårlige" dager. Dersom tilbud hjemles i Lov om sosiale tjenester gis ungdommen mulighet til å samtykke til tilbakehold i tre uker også etter 18 år.

Det statlige barnevernet har ansvar fram til barnet/ungdommen er fylt 18 år, mens det kommunale barnevernet kan ha ansvar fram til ungdommen er fylt 23 år. Dette er frivillig når ungdommen er mellom 18-23 år (med unntak av når det er fattet vedtak om tvang). Det statlige barnevernet kan ha ansvar fram til ungdommene er 20 år, frivillig når ungdommen er mellom 18-20 år (med unntak av tvangsvedtak som ovenstående). Dette medfører at det kommunale barnevernet ikke kan benytte det statlige barnevernet sine tjenester når brukeren er mellom 20 og 23 år, noe som kan medføre brudd i tilbudet til ungdommen.

Manglende bekymringsmeldinger ved eksempelvis skadelig bruk av rusmidler under og ved omsorg for barn fører i en del tilfelle til brudd ved at hjelp ikke blir iverksatt (i tide). Ulike holdninger til, og ulike fortolkninger av, lovverkets omtale av taushetsplikt, opplysningsplikt og plikt til å melde bekymringer fører i en del tilfeller til brudd ved at riktig hjelp ikke blir iverksatt (i tide).

Det er et stort problem at de ulike tjenestene ikke bruker tilstrekkelig ressurser på pålagte oppgaver som forebygging og tidlig intervensjon. Slike krav er som oftest uklart formulert og operasjonalisert i lovgivningen, med det resultat at andre oppgaver som er tillagt større vekt i forarbeider, forskrifter og lignende blir prioritert. Det mangler i mange tilfeller nødvendig kompetanse for å planlegge og gjennomføre forebyggende tiltak som bør kunne settes inn i forkant av at

meldeplikt trer inn. Ulike tjenester mangler en klart formulert ”samhandlingsplikt” som klargjør hvordan forebyggende tjenester skal foregå.

### **3.4. Uklarhet om hva som er målet**

En årsak til brudd er at målene defineres av tjenestene, og ikke av den som skal ha hjelpen. Målet kan også variere ut i fra brukerens ønsker. Den ambivalensen den rusmiddelavhengige opplever som følge av sin rusmiddelavhengighet, må helsetjenesten ta hensyn til. Manglende mål skaper også brudd. Uklare mål og uavklarte ansvarsforhold fratrer brukerne ansvar, og skaper uenighet om hvilke tiltak det er behov for.

Tjenesteapparatet kan også ha delmål som ikke henger sammen, slik som at spesialisthelsetjenesten ofte har mål om å fjerne sykdom mens de kommunale tjenestene oftere har fokus på å bedre funksjonsnivå og fremme mestring. En klar forskjell innenfor rusfeltet er målet om rusfrihet kontra målet om bedre helse- og sosial inkludering. Det er spesielt viktig å sikre målformuleringer ved overganger mellom ulike deler av tjenesten.

I utarbeidelsen av handlingsplaner, tiltak og individuelle planer, er det nødvendig at brukeren og hans tjenesteytere har omforent målformulering. Flere av gruppens deltakere har pekt på nødvendigheten av å være tydelig på at det er bruker som skal sette målene.

I tilknytning til en diskusjon om mål, er det avgjørende at diskusjonen relateres til lineære versus sirkulære forløp: hvilket forløp er mest representativt for en rusmiddelmisbruker? Arbeidsgruppen peker på at den lineære fremstillingen sjelden treffer, og at fokus bør være på en sirkulær fremstilling.

Rusmiddelavhengiges forløp er ofte sirkulært, med flere start- og restarter. De trenger et system som er lett tilgjengelig for dem selv etter gjentatte dropouts og sprekker. Spesialisthelsetjenestens system for rapportering av kvalitet kan synes å understøtte lineære framfor sirkulære forløp.

## **4. FORSLAG TIL FORBEDRING**

Arbeidsgruppen er bedt om å vurdere mulige forbedringspunkter i de historiene som er beskrevet. Gruppen skal videre synliggjøre hvor i forløpet en ”venstreforskyvning” av ressursinnsatsen i retning av mer forebygging kan settes inn. For å illustrere hvordan et ønsket forløp bør være er det laget en alternativ historie som vedlegg til rapporten.

#### 4.1. Forebygging og tidlig intervensjon

For å kunne forebygge og komme tidlig i kontakt med ungdom som får et problematisk forhold til rusmidler er det behov for attraktive arenaer der tjenestene er lett tilgjengelige. Det er også viktig å styrke helsetjenesten, bl.a. med legevakt og akuttavdelinger, der unge kan komme inn med alkoholforgiftning. Alkohol er ofte det vanligste og tidligste brukte rusmiddelet. En annen viktig arena for forebygging hos voksne er arbeidslivet (AKAN). Det bør etableres lett tilgjengelig psykisk helsetilbud for voksne, uten henvisning og ventelister. En slik tjeneste må ha høy kompetanse, blant annet psykologer. Styrking av kompetansen i helsestasjoner, familiesenter og skolehelsetjeneste, i arbeidet blant barn og unge, vil styrke forebygging og bidra til at vi kan intervensjonere tidligere.

Det er behov for en kultur som fremmer ansvar, f.eks. om meldeplikten. Det er også behov for en kultur hvor man ikke er redd for å spørre dersom barnas atferd gir grunn til mistanke om rusmisbruk eller at foreldrene misbruker rus. Er man bekymret må man ta bekymringen opp. Å unnlate å melde bekymring om barn og unges manglende velferd motvirker tidlig intervensjon. Meldingsunntak ved mistanke eller oppdagelse av mulig rusmiddelproblematikk må derfor få konsekvenser. Det må gå bekymringsmelding til barnevern ved mistanke /oppdagelse om rus under svangerskap.

Det må fokuseres på både universelle og grupperettede tiltak som kan bidra til å redusere bruken av rusmidler, og særlig da alkohol, jf rapportens innledning. WHO fremhever at tidlig intervensjon, samt de universelle tiltakene knyttet til pris, tilgjengelighet og kontroll er effektive for å redusere skadene av alkohol. Dette er oppgaver som dels ligger i kommunene og som kan bidra til mer forebygging og mindre behov for behandling. I den grad reformen skal se bredere på venstreforskyvning bør disse forholdene adresseres når det gjelder rus.

Oppfølging av barn som pårørende til foreldre med rusmiddelproblemer er i dag ikke godt nok ivaretatt. Å hjelpe familiene/barna så tidlig som mulig er viktig for å redusere belastningene og bygge relasjoner. Tiltak for barn som pårørende bør derfor være standard ved alle instanser som yter hjelp til "syke" foreldre.

Det er et stort behov for å sikre koordinering og igangsetting av forebygging og tidlig intervensjon. Koordinering kan for eksempel gjøres ved å formulere en "samhandlingsplikt" mellom tjenestene som definerer hvordan forebyggende tjenester skal foregå og som skal tre inn også før det er behov for å melde til barnevernet. Manglende samhandling før det blir strengt nødvendig forhindrer forebygging og tidlig intervensjon. Et eksempel kan være helsestasjonsarbeid i saker som ikke er alvorlig nok til at meldeplikten trer inn.

## 4.2. Organisering og dimensjonering av tjenestene

Brukerne er sårbare for relasjonsbrudd i overganger mellom tjenester. Det er derfor viktig at kommunenivået blir tilført ressurser og kompetanse som gjør den i stand til å følge opp brukerne så lenge som mulig uten å skape brudd ved viderehenvisning. Det er viktig å organisere tjenestene slik at aktuelle deltjenester raskt kan samles, koordineres og fordele ansvar seg imellom. Det er viktig å minimere antall faktorer som kan forhindre åpen kommunikasjon, utveksling m. m. Så mye som mulig må derfor bli lagt til kommunalt nivå.

Brudd kan motvirkes ved større grad av samtidighet i tjenestene og at tilbudene er dimensjonert slik at brukeren ikke må vente, men at vi oppnår kontinuitet og samhandling, i tid, rom og sted. Rett tiltak til rett tid. Særlig gjelder dette overfor unge mennesker. Dette vil kreve tilgjengelige døgnenheter med helsefaglig kompetanse i kommunene. Særs viktig er det å sikre gruppen med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk. Arbeidsgruppen påpeker behovet for å styrke rehabiliteringstilbudet og tjenestene på kommunalt nivå, og at kommunene trenger økte ressurser til dette. En del kommuner bør også kunne få stort utbytte av interkommunalt samarbeid.

Når utfordrende adferd ikke kan aksepteres og håndteres innenfor en del av hjelpeapparatet bør det være alternativer som fanger opp pasienten i det videre forløpet. Behov for avrusning underveis i behandlingen bør ikke nødvendigvis føre til at man ”rykker tilbake til start”.

En *meningsfull hverdag* innebærer en hensiktsmessig bolig, en meningsfull aktivitet og en ordnet økonomi. Alle må ha et verdig sted å bo som kan ivareta den enkeltes behov for assistanse, nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester som bidrar til mestring og selvstendighet. Det er samtidig like viktig å ha en meningsfull aktivitet som strukturerer hverdagen, et arbeid, et dagsenter eller et annet aktivitetstilbud som gir mening og kan bidra til bedre selvbilde. I dag er dette tjenester som både kan ytes fra Arbeids- og velferdsetaten, NAV, og som deler av et bredere behandlingssopplegg også i regi av spesialisthelsetjenesten. Det er solid forskningsmessig dokumentasjon for å si at arbeid og aktivitet har stor betydning for vår psykiske helse. Isolasjon i hjemmet og mangel på sosialt nettverk kan være en medvirkende årsak til utvikling av psykiske lidelser så vel som rusmiddelavhengighet.

## 4.3. Lovgivning

Det er behov for klarere definisjoner av de ulike tjenestenes ansvarsområder. Mennesker med rusmiddelproblemer er en gruppe som ofte har psykososiale vansker. Mennesker med psykososiale vansker har også en betydelig risiko for å

utvikle et rusmisbruk. Det er spesielt viktig å gi en klar lovhjemmel for kommunenes plikt til å tilby psykisk helsehjelp. Innen rusfeltet er det en stor utfordring at det mangler en omforent definisjon av hva en rusmiddelavhengig er.

Det er behov for klare retningslinjer for samhandlingen mellom tjenester. Det bør være krav om at man umiddelbart oppretter kontakt med andre tjenester som skal involveres på kort eller lang sikt når man får inn en pasient, og ikke vente til de skal skrives ut. Dette vil kunne medføre bedre planlagt oppfølging etter utskriving.

Det bør utvikles en felles helse og sosiallovgivning, slik at rusmiddelavhengiges ulike og samtidige behov kan håndteres mer helhetlig.

#### **4.4. Individuell plan og koordinator**

Individuell plan kan utgjøre et nettverk rundt brukeren. I dagens "kjedesystem" der ansvar går fra ledd til ledd i kjeden, kan det være uklart hvem som har rett og plikt til å delta i beslutningsprosessene, hva som betegnes som viktige problemer og hva som skal anses som gode løsninger. Koordinator og ansvarsgruppe kan fungere som et nødvendig lim mellom ulike deler av tjenestene. Nettverket rundt individuell plan kan gjøre de vanskelige overgangene lettere, og forhindre brudd.

Samtidig kan arbeidet med individuell plan forbedres på flere punkter:

- planen bør dekke alle relevante tjenesteområder, hjemlet i relevante lover (BLD, AID, KD)
- ved kartlegging av brukerens behov må brukeren stå i fokus
- planarbeidet bør gjøres mindre byråkratisk
- koordinatorrollen tillegges myndighet og plasseres i kommunen
- planen bør ha et forpliktende, rettighetsgivende innhold.
- spesialisthelsetjenesten deltar i ansvarsgruppene for å understøtte førstelinjen

Vi har tidligere pekt på at uklarhet om mål og mangel på mål bidrar til brudd. Målet for enhver tjeneste må være å bidra til at brukeren mestrer sitt eget liv. I arbeidet med individuell plan er det nødvendig at brukeren eier målet.

#### **4.5. Kompetanse**

Bedre kompetanse om brukernes rusproblemer, og deres psykiske og somatiske helseproblemer i det offentlige hjelpeapparatet (skole, barnevern, kommunale lavterskel omsorgstiltak med mer) kan motvirke brudd og svikt i tjenestene. Ved å styrke kompetansen og kvaliteten på tjenestene kan tjenestene bli flinkere til å definere hva som er utfordringene – og hva som er målet, og ikke minst kan vi bli

flinkere til å motivere brukeren. Ruskompetanse kan gi oss innsikt i den rusmiddelavhengiges irrasjonalitet og ambivalens mtp mål.

Adekvat kompetanse kan forhindre relasjonsbrudd, organisasjonsbrudd og brudd som skyldes lovmessige forhold. Kompetansen til å identifisere og hjelpe personer som oppsøker helsetjenesten med somatikk som utgangspunkt men der rusavhengighet er den bakenforliggende årsak. Videre er det viktig å styrke brukernes kunnskap om egen sykdom/rusmiddelproblematikk. Undersøkelser viser at når brukeren får kompetanse har dette effekt. Pårørende er en viktig ressurs som må anerkjennes. Dette betyr at organisasjoner som jobber med pårørende må styrkes og tjenestene må sikres mer kompetanse på samarbeid med pårørende.

Det er videre behov for kompetanse som kan ivareta kjønnsperspektivet i den forstand at det ofte er ulik problematikk som ligger til grunn for kvinners og menns rusbruk, samt at forløpene kan arte seg forskjellig. Vi vet at kvinner er overrepresentert i forhold til å ha vært utsatt for seksuelle overgrep, at de i større grad blir utstøtt av sine nettverk når de blir rusmisbrukere, at de får tilleggsbelastninger som prostitusjon, og at det er de som får barn. Det vil ofte være et større oppfølgingsbehov når mor er misbruker/far ikke-misbruker enn motsatt. Vi trenger kunnskap og kompetanse om hvordan rus rammer kjønn ulikt.

Kunnskap og kompetanse handler også om å tørre å omdisponere midler, eksempelvis omorganisere eller legge ned tjenester, tiltak og institusjoner som ikke tilbyr tjenester tuftet på dokumentert kunnskap om hva som virker.

## VEDLEGG: IDEELT FORLØP

Dette er egentlig et eventyr. Det beskriver et vellykket pasientforløp i en ideell verden der alt fungerer som det burde.

Pasienten er en 32 år gammel mann, blandingsmisbruker, med hovedvekt på amfetamin og heroin, sitter for tiden i fengsel. Han røyker også mye cannabis. Har stort sett klart å holde seg rusfri under soningen. Han ber om et møte med sin kontaktbetjent, der uttrykker han et ønske om at han vil ha hjelp til å bli rusfri.

Kontaktbetjente henvender seg til ruskonsulenten i den Bydel pasienten tilhører. Ruskonsulenten kommer på et møte i fengselet. Der blir de enige om at sosialkontoret skal betale husleien for mannen slik at han har et sted og bo når han kommer ut. Dette gjør de selv om de begge er enige om at bopel er lite egnet for pasienten når han skal inn i et behandlings/rehabiliteringsopplegg.

Den dagen pasienten slipper ut (etter 2/3 TID) møtes han utenfor fengselet av ruskonsulenten. De drar rett til ruskonsulentens kontor og setter i gang en grundig kartlegging. Arbeidet med en IP settes her i gang. De sender også en henvisning til vurderingsinstansen i spesialisthelsetjenesten.

Pasienten er under tilsyn av KIF som en del av prøveløslatelsen, han må møte der en gang i uken. Pasient og ruskonsulent blir enige om at de skal møtes 2 ganger i uken. Ansvarsgruppen blir etablert den består pr i dag av pasient, ruskonsulent og KIF.

Pasienten klarer i en periode og følge opp sine avtaler, samtidig som han også ruser seg, da først og fremst på amfetamin og cannabis. Ruskonsulenten og KIF er helt klare på at de ikke avviser han selv om han ikke klarer å holde seg rusfri. Etter en periode med amfetaminbruk, begynner pasienten med heroin igjen og det blir vanskeligere for ham og følge opp avtalene.

Ruskonsulenten følger ham opp over telefon og ved å dra ut og treffe pasienten. KIF og ruskonsulenten fortsetter og møtes i ansvarsgruppe selv om pasienten ikke møter hver gang. En gang pasienten møter diskuteres det om det ikke er fornuftig at de som gruppe oppsøker pasientens fastlege og prøver og få til en ventekvote ordning.

En uke senere har de fått et møte med legen. Han går med på at det er lurt for denne pasienten og få subutex i ventetiden fram til han får plass. Legen blir nå en



del av ansvarsgruppen. Det går også bedre med pasienten og han klarer igjen og følge opp sine avtaler med KIF og ruskonsulenten.

Legen foreslår at det kan være lurt om gruppen prøver å få kontakt med ruspoliklinikken, slik at pasienten kan få et tilbud der i ventetiden. De setter i gang denne prosessen.

Ruspoliklinikken går med på å gi pasienten et tilbud der i ventetiden. Det blir da avtalt at han skal gå dit en gang i uken, de avtaler da at møtene med ruskonsulenten kan reduseres til en gang pr uke.

Pasienten bruker fortsatt en del amfetamin og cannabis i tillegg til at han får subutex og klarer ikke å følge opp alle avtaler, men mister ikke plassen eller medisiner av den grunn.

Pasienten får beskjed om oppstartsdato for et avrusningsopphold, med etterfølgende tilbud på en behandlingsinstitusjon. Han drar til avrusningsinstitusjonen til avtalt tid. Der får han et godt medisinsk og sosialfaglig tilbud, slik at avgiftningen ikke blir for tøff. Han er på avrusningsinstitusjonen i 3 uker før han blir transportert videre til behandlingsinstitusjonen.

Pasienten var nå langt bedre rustet for behandling. Han trenger fremdeles skjerming fra seg selv og sine omgivelser, men ikke fra omverden. Han var kommet til et sted der man måtte lære seg å forholde seg til andre mennesker samtidig som man hadde fokus på den enkeltes interesser og ressurser.

Den institusjonen han kommer til har et behandlingsopplegg som innebærer en første del der Han må være på selve institusjonen i 9 til 12 måneder. forskjellige aktiviteter, valgfrie og obligatoriske. I tillegg til dette hadde institusjonen individuell og gruppeterapi

En del av det obligatoriske går på tradisjonell utdanning, så som norsk, matematikk eller andre grunnutdannings- og videregående fag. Som han mangler. Det er også bo trening på denne institusjonen, Han har aldri lært og lage mat eller og vaske tøy, gulv o.l

Av de obligatoriske aktivitetene - som alle på institusjonen må velge en eller flere av fra første dag - kan han velge kunst, dans, musikk, sport eller fotografering.

Han må velge en eller flere av disse aktivitetene, han kan velge en eller to - eller tre - eller fire, men han kan ikke velge ingen. Etterhverdt integreres disse aktivitetene

i lokale lag og foreninger som driver disse. Han får nå trening i ”normale sosiale ferdigheter”

I tillegg til dette hadde institusjonen et nært samarbeid med selvhjelpsgrupper og pasientene ble oppfordret til å bruke disse.

Etter en stund på institusjonen reiser han på permisjon en helg, dette går dessverre ikke så bra og han ruser seg på heroin i løpet av helgen. Han ringer selv institusjonen og forteller at han har sprukket. Institusjonen henvender seg til avrusningen og avtaler at pasienten kan få plass der dagen etter, de ringer så tilbake til pasienten og informerer ham om dette og sier at dersom han gjør det så står plassen hans og venter på ham.

Pasienten legger seg inn til avrusning og er der ca en uke, før han returnerer til institusjonen. Samtidig som han er på institusjonen kommer ansvarsgruppen ofte på besøk. De bestemmer i fellesskap at han skal si opp den leiligheten han har og at det skal arbeides for at han får et annet sted og bo før han skrives ut fra institusjonen.

Bydelen der han bor har ikke nok kommunale leiligheter og det blir derfor klart at han må ut på det private markedet for å finne seg en bolig. Han får følge fra institusjonen på visninger. I ansvarsgruppen blir det avtalt at sosialtjenesten skal stille depositum istedenfor kommunal garanti slik at det blir lettere for ham å få bolig. Etter en stund lykkes det å få en bolig.

Den siste tiden på institusjon bor han hjemme i boligen, men er dagpasient. Mens han bor i denne leiligheten er han nødt til å komme seg opp om morgenen og ta bussen til institusjonen, hvor han – akkurat som om det var en vanlig jobb - må møte opp klokka 08.00 og være med på det som skjer i løpet av dagen. Fremdeles er han i høyeste grad i behandling, institusjonen sørger for at det blir tatt prøver av ham for å kontrollere at han ikke begynner og ruse seg igjen. I så fall må han flytte inn på institusjonen igjen. Han får en ukentlig sum som han skal klare seg på, den trygden han har disponeres av dem siden han har stort behov for å lære å takle egen økonomi. Hver uke har han et budsjett å gå ut i fra, og får løpende hjelp med å holde regnskapet sitt i orden.

Pasienten ytrer ønske om å få komme i kontakt med sin sønn som er 5år og bor i fosterhjem. Barnets mor er død pga rus. Dette må de søke barnevernet om. Dette er en lang prosess. Institusjonen og ansvarsgruppen støtter ham i dette. Noe kontakt etableres etterhvert. Dette finner sted i fosterhjemmet.

Ansvarsgruppen utvides nå med en person fra NAV. Det blir klart at han må inn i et av tiltakene som driver med det som heter Arbeid med Bistand. Han uttrykker også bekymring med hensyn til sin gjeld, og det blir avtalt at en gjeldsrådgiver skal være med i ansvarsgruppen.

Institusjonsoppholdet nærmer seg nå slutten. Ansvarsgruppen (KIF er nå ute av ansvarsgruppen, da han ikke lenger er under tilsyn av dem) er oppegående og klar til å ta ham imot. Boligen er på plass. Han kan begynne i Arbeid med Bistand tiltaket ganske raskt etter at han kommer fra institusjonen. Han får fortsette å treffe sin sønn hos fosterforeldrene. Det lages en avtale med barnevernet at samværet skal kunne utvides dersom det går bra. Ruskonsulenten møter ham på institusjonen og er behjelpelig med å få ham hjem. Det blir avtalt daglige møter med ruskonsulenten i de første ukene. Disse møtene finner sted både på ruskonsulentens kontor og hjemme hos pasienten.

Pasienten har også begynt å bruke selvhjelpsgrupper og går på flere møter i uken. Han blir også innvilget poliklinisk oppfølging og går på et møte i uken på ruspoliklinikken.

Han begynner i Arbeid med Bistand tiltaket, de klarer etter verdt å få ham inn i en hospiteringsstilling på biblioteket. Tiltaket gir både ham og arbeidsgiver en tett og god oppfølging. Han får fri til å dra på sine møter på ruspoliklinikken og i ansvarsgruppen.

Nå som han har begynt å få fast inntekt i form av attføringsstønad kommer hans kreditorer løpende. De to største kreditorene er statens innkrevningssentral og kemneren. Disse kreditorene er først ikke villige til å inngå noen nedbetalingsordning, men sier at de har rett til å trekke ham slik at han sitter igjen med sosialhjelps minstesats.

Dette blir en veldig påkjenning for pasienten og han begynner å ruse seg igjen. Han er åpen ovenfor ruskonsulenten og forteller at han har sprukket. Det blir ordnet med et avrusningsopphold og han får tettere poliklinisk oppfølging etter dette.

Ansvarsgruppen straks tak i gjeldsproblematikken og etter mye forhandlinger går de to kreditorene med på en gjeldsaneringsordning, slik at pasienten betaler så mye han kan men sitter igjen med 6500kr pr mnd til livsopphold. Denne ordningen vil løpe i 5 år så vil resten av gjelden slettes.

Han fortsetter i hospiteringsordningen i ett år, så blir det inngått en lønnsdekningsavtale, der NAV går inn å dekker halve lønnen og biblioteket betaler

resten. Arbeid med Bistand tiltaket kan nå trekke seg ut. Pasienten liker seg så godt i biblioteksyrket at han får lyst til å ta bibliotekar utdanning.

Han uttrykker dette ønsket ovenfor ansvarsgruppen og de finner ut at de skal gi ham økonomisk støtte til å gå på vokseopplæringen for å ta den nødvendige studiekompetanse for å komme inn på høyskolen. Han velger å ta dette på kveldstid slik at han kan følge opp jobben sin på biblioteket.

Hele tiden mens dette foregår er han på et møte i uken på ruspoliklinikken, han har også jevnlige møter med ruskonsulenten og ansvarsgruppen. Han kommer inn på bibliotekshøyskolen. Siden NAV er med i ansvarsgruppen er det greit for dem å tilbakeføre ham til attføringsstønning, han er nemlig utestengt fra studielånsordningen siden han har misligholdt dette tidligere. Det blir også gjort spesielle avtale for ham slik at han kan få lov til å ta noen ekstravakter på biblioteket, og tjene litt ekstra uten at han blir trukket i stønningen av den grunn.

Han starter på høyskolen og i løpet av første uken får han timeplan. Da blir han nødt til å endre avtaletidspunktene på ruspoliklinikken og med ruskonsulenten. Det avtales også at ruskonsulenten skal ringe ham hver tirsdag og torsdag om morgenen.

Han er med andre ord nå i et fulltids skoleopplegg, men han er også fortsatt i behandling. Han har også fortsatt å bruke selvhjelpsgrupper. Det er derimot en ting han har holdt skjult for alle og det er at han fortsatt røyker en god del cannabis. Han opplever det som et stort problem og greier ikke og kombinere studiene med cannabisrøykingen.

Han forteller ansvarsgruppen om dette. Han blir straks tilbudt hjelp til å slutte med cannabisrøykingen. Han får tilbud om hasjavvenningskurs etter en modell utviklet av Thomas Lundquist. Behandlingens innhold består av en kombinasjon av faktaundervisning om hasjens skadevirkninger, motiverende intervju, kognitiv adferdsterapi og NADA øreakkupunktur. Han lykkes med å slutte med cannabis.

Han har nå gått på høyskolen i 18mnd og begynner å føle at han ikke lenger har behov for oppfølging fra ruspoliklinikken, det er nå nesten 4 år siden han kom ut fra institusjonen. Dette avsluttes. Han føler også ikke lenger behov for oppfølging av ruskonsulenten, så dette avsluttes også.

Han har med andre ord ikke lenger noe behov for en ansvarsgruppe, men følges opp av NAV. Barnevernet er også fortsatt inne. Samværet med sønnen har gradvis blitt utvidet. Han har gått med på en ordning der barnevernet har kunnet ta

uanmeldte urinprøver av ham for å være sikre på at han ikke ruser seg. Denne ordningen blir nå avsluttet. Og han har nå regulær samværsrett.

Han fullfører bibliotekshøyskolen og får jobb som bibliotekar ved sitt lokale bibliotek. I første omgang går NAV inn i en ny lønnsdekningsavtale. Denne varer i 6mnd før han går over på regulær lønn. Han er nå selvhjulpen. Gjeldsordningen er avsluttet. NAV kan trekke seg ut. Han leier fortsatt bolig, men har begynt og undersøke med husbanken om han kan få hjelp derfra til og skaffe seg en eid bolig.

Her avsluttes historien.