



# Drop-out prosjektet

Avd. for rus- og avhengighetsbehandling,  
Sørlandet sykehus HF

Delrapport 2

ARA's forskningsserie 2016

Nr. 29 - 2016

.

Kontaktinformasjon:

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling

Sørlandet Sykehus HF

Postboks 416

4604 KRISTIANSAND

.

.

Tlf. 381 32 600

Hjemmeside: [www.avhengighetsbehandling.no](http://www.avhengighetsbehandling.no)

ISBN 978-82-91191-27-0

# Drop-out prosjektet

## Delrapport 2

Pasientforløp og drop-out i overgang fra  
Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA),  
Sørlandet Sykehus HF  
til videre behandling i private døgninstitusjoner

Lisbeth Jensen Gallefoss og Anne Lene Årseth 08.02.2016

## Styringsgruppe:

**Erik Torjussen**, brukerorganisasjonsrepresentant fra A-larm

**Arne T. Bie**, avdelingsleder for Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA),

Sørlandet sykehus HF

**Björg Hjerkin**, enhetsleder ved Enhet for forskning, fagutvikling og undervisning (FOU),

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet sykehus HF

**Frode Nordhelle**, enhetsleder ved poliklinikken Arendal,

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet sykehus HF

**John-Kåre Vederhus**, forsker ved Enhet for forskning, fagutvikling og undervisning (FOU),

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet sykehus HF

**Stephane Vildalen**, klinisk psykolog og nevropsykolog,

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet sykehus HF

## Prosjektgruppe:

**Lisbeth Jensen Gallefoss**, prosjektleder

**Anne Lene Årseth**, prosjektmedarbeider

Utforming av rapport: [www.figuru.no](http://www.figuru.no) // Foto: [shutterstock.com](http://shutterstock.com) // Trykk: Kai Hansen trykkeri.

## Forord

For å øke andelen som fullfører behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), bevilget Helse- og omsorgsdepartementet prosjektmidler for 2014-15 til hvert av de Regionale helseforetakene (RHF). Overordnet mandat var å utvikle metoder og systemer som kan bidra til å redusere drop-out innen TSB. Enhet for Forskning, fagutvikling og undervisning (FoU) ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF) søkte og fikk midler fra Helse Sør- Øst (HSØ). I løpet av våren 2014 ble det etablert en styringsgruppe og engasjert personell til prosjektgruppen.

Drop-out prosjektet i ARA ble delt inn i tre delprosjekt, der utarbeidelse av denne rapporten var et av dem.

Det rettes en stor takk til informantene som har bidratt med sine meninger og tanker om utfordringer og kommet med forslag til forbedringer. I tillegg takkes medlemmene i styringsgruppa og ansatte ved FoU ARA, som har gitt viktige bidrag og innspill.



# Innholdsfortegnelse

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sammendrag                                                                                      | 08 |
| 1.0 Bakgrunn                                                                                    | 10 |
| 1.1 Formål                                                                                      | 10 |
| 1.2 Mandat                                                                                      | 10 |
| 2.0 Metode                                                                                      | 11 |
| 2.1 Definisjoner og begrepsavklaringer                                                          | 11 |
| 2.2 Innhenting av data                                                                          | 11 |
| 2.2.1 Beskrivelse av pasientforløp                                                              | 11 |
| 2.2.2 Kvantitative data                                                                         | 11 |
| 2.2.3 Kvalitative data                                                                          | 12 |
| 2.2.4 Etikk                                                                                     | 12 |
| 3.0 Pasientforløp, roller og ansvar                                                             | 13 |
| 4.0 Kvantitative funn                                                                           | 15 |
| 4.1 Presentasjon av kvantitative funn                                                           | 15 |
| 4.2 Diskusjon                                                                                   | 16 |
| 4.2.1 Konklusjon                                                                                | 16 |
| 5.0 Kvalitative funn                                                                            | 17 |
| 5.1 Presentasjon av kvalitative funn                                                            | 17 |
| 5.1.1 Pasienters forberedthet                                                                   | 17 |
| 5.1.2 Samhandling, avklaring av roller og ansvar                                                | 20 |
| 5.1.3 Implementering og gjennomføring av brukermedvirkning                                      | 24 |
| 5.2 Diskusjon og forslag til forbedring                                                         | 26 |
| 5.2.1 Pasienters forberedthet                                                                   | 26 |
| 5.2.2 Samhandling, avklaring av roller og ansvar                                                | 28 |
| 5.2.3 Implementering og gjennomføring av brukermedvirkning                                      | 30 |
| 5.3 Styrker og svakheter                                                                        | 31 |
| 6.0 Oppsummering og videre anbefalinger                                                         | 32 |
| 6.1 Forslag til videre forskning:                                                               | 32 |
| Referanser                                                                                      | 33 |
| Vedlegg 1 - Spørsmålsguide til avgiftningsenhetene, poliklinikkene og de private institusjonene | 34 |
| Vedlegg 2 - Spørsmålsguide til vurderingsteamet/vurderingskoordinatorer                         | 34 |
| Vedlegg 3 - Spørsmålsguide til brukerorganisasjon                                               | 34 |

## Sammendrag

### Bakgrunn og metode

Andelen pasienter som ikke gjennomfører planlagt tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er høy. Helse- og omsorgsdepartementet bevilget (2014-15) prosjektmidler til de Regionale helseforetakene for å utvikle metoder og systemer som kan bidra til å redusere frafallet. Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) Sørlandet sykehus ble tildelt av midlene og høsten 2014 startet drop-out prosjektet i ARA. Denne rapporten er ett av tre delprosjekt. Oppdraget var å beskrive pasientforløp når pasienter viderehenvises fra ARA til behandling ved private institusjoner som Helse Sør- Øst har avtale med. Spørsmålene var i hvor stor grad de yngste pasientene ( $\leq 30$  år) fullfører planlagt behandling, hva som er utfordringene og eventuelle forslag til forbedring gjennom pasientforløpet.

Opplysninger om pasientforløp ble skaffet ved å studere aktuelle retningslinjer i Sørlandet Sykehus. Talldata ble hentet fra fire private institusjoner som i 2013 skilte seg ut som mest benyttet. De som var henvist og startet behandling i 2013 ble inkludert. De kvalitative data kommer fra intervju samtaler med til sammen 17 informanter fra de fire private institusjonene og ARA, samt representant fra en brukerorganisasjon.

### Resultater

Av de 48 som ble inkludert i denne studien, var det 19 som trakk søknaden og fire som ikke møtte opp. Det vil si at det var 48 % som ikke startet. Av de som møtte etter plan var det 40 % som fullførte og 60 % som av ulike årsaker avbrøt behandlingen.

De kvalitative data viser tre hovedutfordringer som kan ha påvirkning på frafallet i pasientforløpet:

1) *Pasienters forberedthet*: Informantene pekte på at pasienter ofte ikke er godt nok forberedt på behandling i TSB, innbefattet både mental og praktisk forberedthet. Årsaken kunne blant annet være for lite informasjons- og motivasjonsarbeid, mangler i forhold til kunnskap om behandlingstilbudene hos fagpersonene eller for lite tid til forberedelse og for dårlig kommunal oppfølging.

2) *Samhandling, avklaring av roller og ansvar*: Informantene trakk fram utfordringer med uavklarte roller og forventninger, utilstrekkelig informasjon om pasienter i forbindelse med overføringer, at koordinatorrollen i ARA ikke fungerer etter intensjonene. Mangel på oppfølging i ventetiden opplevdes som et problem, samt at det var for lite kontakt og samarbeid mellom aktørene, og manglende samordning mellom kommune, privat institusjon og TSB.

3) *Implementering og gjennomføring av brukermedvirkning*: Informantene mente at ansatte tok valg på vegne av pasientene og i for liten grad involverte pasientene i behandlingen. Lite bruk av likemenn og manglende implementering av brukermedvirkning ble også trukket fram som en utfordring.

### Konklusjon og forslag til forbedring

Undersøkelsen viser at kun halvparten av dem som ble tilbudt behandling i privat institusjon møtte til behandlingsstart, og bare 40 % av dem gjennomførte behandlingen. Informantene trakk fram at pasientene ikke alltid er godt nok forberedt på behandlingen de skal gjennom, verken mentalt eller praktisk. De beskrev også utfordringer knyttet til



samhandling, rolleavklaringer og ansvar mellom de involverte parter. I tillegg ble det etterlyst en større forståelse for og implementering av brukermedvirkning.

### *Oppsummering og videre anbefalinger*

De kvantitative funnene viser at det bør settes et spesielt fokus på ventetiden før innleggelse i privat institusjon. De kvalitative funnene synliggjør noen utfordringer i forbindelse med overganger både innad i ARA og fra ARA til behandling i privat institusjon.

Det er behov for å øke pasienters forberedelse til behandling både i forkant av og gjennom hele forløpet fram mot innleggelse i privat institusjon. Det bør være økt fokus på å informere pasientene om behandlingen, både i forkant av og gjennom hele behandlingsforløpet. Dette kan gjøres ved å innføre rutiner som sikrer at pasientene har mottatt og forstått informasjonen. Også ansattes kunnskap om behandlingstilbud innad i ARA og ved de private institusjonene må økes. Innkallingsbrevet og nettsidene kan med fordel oppgraderes slik at de inneholder alle relevante opplysninger om behandlingen. Ved korte frister, bør man være ekstra observant på at pasientene er klare for overføring. I tillegg bør det etableres rutiner som sikrer pasientene tett kontakt med behandlingsapparatet i alle overganger.

Det er behov for å tydeliggjøre roller og ansvar og styrke samhandlingen mellom enhetene i ARA og mellom ARA og de private institusjonene. Koordinatorfunksjonen må settes i funksjon. Under transporten til de private institusjonene bør følge ansees som en standard, med åpning for unntak der pasienter er i stand til å reise alene. Transporten bør planlegges så tidlig som mulig, og det må avklares hvem som skal følge. Det bør være fokus på bedring av dialog og rutiner for informasjonsutveksling mellom enhetene i ARA og mellom ARA og de private institusjonene. Det bør opprettes og innføres samarbeidsavtaler mellom ARA og de private institusjonene hvor roller og ansvar er beskrevet.

Det er behov for å styrke brukermedvirkning. Kunnskap om hva brukermedvirkning er og innebærer må økes. Likemannsfunksjonen bør implementeres og settes i system. Bruk av likemenn kan være en ressurs i forståelsen av hva brukermedvirkning er. Likemenn kan også brukes som følge gjennom behandlingsforløpet og ved overganger.

Det bør være tettere kommunal oppfølging når pasientene mottar behandling i TSB.

## 1.0 Bakgrunn

Rusavhengighet er en kronisk sykdom med fare for tilbakefall (1). Det viser seg at gjennomføring av rusbehandling hjelper (2). Retensjon i behandling har betydning for behandlingsresultatet; de som fullfører behandling har bedre et resultat enn de som ikke fullfører (3, 4). En metastudie over hva som kan predikere frafall, viser at yngre alder er en rimelig konsistent risikofaktor (5). Når pasienter henvises videre fra et tjenestested til et annet, viser klinisk erfaring at overgangene er sårbare i forhold til frafall. Kontinuerlig oppfølging av pasienter bidrar til å øke oppmøte til behandling og å fortsette i behandling (6). Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det store variasjoner i hvordan pasienter blir fulgt opp både innenfor og på tvers av tjenestenivåene i forbindelse med overgangene. Forskere påpeker at det er behov for å styrke samhandlingen på alle nivå og at overganger alltid er sårbare og må voktes spesielt (7).

### 1.1 Formål

Hovedhensikten med rapporten var å få fram momenter som Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet Sykehus kan bruke for å redusere drop-out knyttet til pasienter som sendes videre til behandling ved private institusjoner innen TSB.

### 1.2 Mandat

Styringsgruppa ga følgende mandat:

Prosjektgruppa skal beskrive pasientforløp ved overgang fra ARA til behandling i private institusjoner. Sentrale spørsmål er i hvor stor grad pasienter fullfører planlagt behandling, hva som er utfordringene og eventuelle forslag til forbedring. Det skal være et spesielt fokus på pasienter  $\leq 30$  år.

## 2.0 Metode

### 2.1 Definisjoner og begrepsavklaringer

I rapporten blir begrepet private institusjoner brukt som betegnelse for de private avtaleparter med langtidsbehandling som HSØ har avtale med. Pasient(er) blir brukt om den/de som mottar hjelp fra TSB.

For å kunne få frem tall på drop-out ved overgang fra et behandlingssted til et annet, i dette tilfellet fra ARA til private institusjoner, ble drop-out definert slik:

- pasienter som har fått tilbud om behandling og sier fra seg plassen før innleggelse (avbestilling)
- eller
- pasienter som ikke møter opp til behandlingsstart (manglende oppmøte eller "no - show")
- eller
- pasienter som utskrives fra institusjonen før planlagt behandling er avsluttet (avbrutt behandling).

Årsaker til utskriving kan være ensidig ønske fra pasienters side, at pasient og behandler var enig eller ensidig bestemt av institusjonen.

### 2.2 Innhenting av data

#### 2.2.1 Beskrivelse av pasientforløp

For å beskrive overganger i pasientforløp fra ARA til private institusjoner, ble det innhentet informasjon fra interne styringsdokumenter, rapporter og generelle retningslinjer for TSB. Dette ble sammenfattet med opplysninger fra informantene og ansatte i ARA. For å illustrere de ulike overgangene ble pasientforløp satt opp i et skjema (Figur 1) supplert med tekst.

#### 2.2.2 Kvantitative data

Tall på drop-out og gjennomføring av planlagt behandling for den aktuelle pasientgruppa ble hentet fra det pasientadministrative systemet ved ARA og fra private institusjoner. Innsamling av data startet primo 2015, og siden behandlingsoppholdet kan vare opptil et år og noen ganger lengre, måtte data etterspørres retrospektivt tilbake til 2013. Følgende ble gjort for å fremskaffe data:

- Innhenting av informasjon fra ARA på antall pasienter  $\leq 30$  år som i 2013 ble videreført til private institusjoner
- Innhenting av talldata fra de private institusjonene som fikk henvist flest fra pasientgruppen (til sammen fire institusjoner basert på fordeling av antall henviste fra ARA)
- Innhenting av følgende informasjon fra disse institusjonene:
  - Antall pasienter som hadde sagt fra seg plassen før behandlingsoppstart
  - Antall pasienter som ikke møtte opp til fastsatt dato
  - Antall pasienter som gjennomførte planlagt behandling
  - Antall pasienter som ikke gjennomførte planlagt behandling, samt årsaker til avbrudd, fordelt på kategoriene:
    - Ensidig ønske hos pasienten
    - Pasient og behandler var enig
    - Ensidig bestemt av institusjonen

### **Analyse av kvantitative data**

Årsaker til manglende inklusjon og frafall før og under behandling ble summert og framstilt som prosenter. Resultatene ble satt inn i et flytskjema (Figur 2).

### **2.2.3 Kvalitative data**

Informasjon om utfordringer og forslag til forbedring ble hentet gjennom halvstrukturerte intervjusamtaler ved hjelp av veiledende intervjuguider (vedlegg 1-3). Informantene representerte ulike aktører eller instanser innen de mest vanlige pasientforløp fra ARA til private institusjoner.

Informantene var som følger:

- Representant fra brukerorganisasjon (en person)
- Ledere og fagpersonell ved de (fire) private institusjonene (til sammen 10 personer)
- Ledere i enheter og medlemmer av VUT i ARA (til sammen syv personer)

Notatene fra intervjuene ble systematisert og bearbeidet.

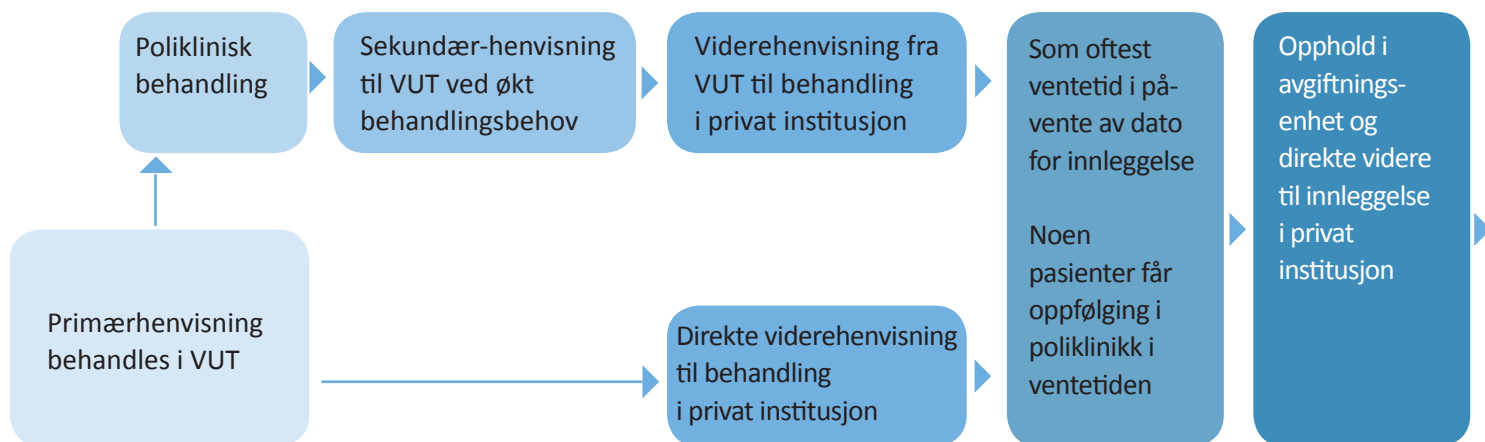
### **2.2.4 Etikk**

I rapporten er det innhentet administrative data og følgelig blir dette forstått som en kvalitetsundersøkelse som ikke trenger formell godkjenning i Regional Etisk komité. Fordi materialet er lite, er det ikke spesifisert hvilke private institusjoner som har bidratt til dataene.

### 3.0 Pasientforløp, roller og ansvar

De mest vanlige pasientforløp og tilhørende overganger for pasienter som blir henvist til behandling i privat institusjon er skissert i figur 1.

Fig.1



#### *Henvisninger til ARA*

Ethvert pasientforløp starter med en (primær) henvisning. Vurderingsteamet (VUT) behandler henvisningene og skal rettighetsvurdere hvorvidt pasienter har krav på behandling innen TSB, og i tilfelle hvilket behandlingsnivå som skal tilbys (8).

#### *Vurderingskoordinatorenes rolle*

For tiden har VUT tre vurderingskoordinatorene (VUT- koordinatorene) som jobber med å tilrettelegge, koordinere og følge opp VUT's oppgaver. Blant annet innebærer det vurderingssamtaler med pasienter og informasjon om eksisterende behandlingstilbud i TSB, inkludert de private institusjonene (9). VUT- koordinatorene involveres også der pasienter er innlagt i avgiftningsenhetene for avgiftning, avklaring og eventuelt motivasjon for videre behandling.

#### *Institusjonenes behandling av henvisninger og oppfølging før innleggelse*

Det er vanlig at de private institusjonene har kontakt med pasienter og andre aktuelle samarbeidspartene både under behandling av henvisning og etter at tilbud er gitt, enten i form av møter eller telefonsamtaler. En privat institusjon gir sjelden avslag. Ved tilbud om behandlingsplass, settes samtidig en dato for innleggelse.

#### *Ventetid for innleggelse i private institusjoner*

Tidsperioden fra innvilget plass til dato for innleggelse er varierende fra institusjon til institusjon, der gjennomsnittlig ventetid (2015) for behandling ved private institusjoner med HSØ-avtale var 72 dager (10). I HSØ har de private avtalepartene i praksis et beleggskrav på 95 % som en nedre grense for å få utbetalt maksimalt i forhold til avtalen. Fra tid til annen fører dette kravet til at en fastsatt innleggesdato blir framskyndet.

### ***Oppfølging fra ARA i ventetiden***

Det er ikke alltid det er aktuelt med tiltak fra spesialisthelsetjenesten i ventetiden. Der det vurderes som hensiktsmessig, tilbys pasienter poliklinisk oppfølging.

### ***Avgiftningsopphold som start på behandling***

Alle private institusjoner krever at pasienter skal være rusfrie ved innleggelse, med unntak av enkelte som godtar nedtrapping på B-preparater. For de aller fleste pasienter innebærer oppstart av behandling i privat institusjon at de innlegges til avgiftning rett i forkant, noe som oftest skjer ved en av avgiftningsenhetene i ARA. Pasientene overføres så direkte fra avgiftningsenheten til innleggelse i de private institusjonene. Innleggelse til avgiftning styres gjennom et samarbeid mellom den private institusjonen, ARA og eventuelt kommunale tjenester.

### ***Transport til videre behandling i privat institusjon***

Transporten til de private institusjonene er ARAs ansvar å bekoste (11). De fleste pasienter reiser rett fra avgiftningsenheten samme dag som de skal innlegges på privat institusjonen. Som regel reiser de på egenhånd, eventuelt med følge av pårørende eller andre. Enkelte private institusjoner henter pasienter selv, dersom praktiske forhold tillater det.

### ***Koordinatorrollen i ARA***

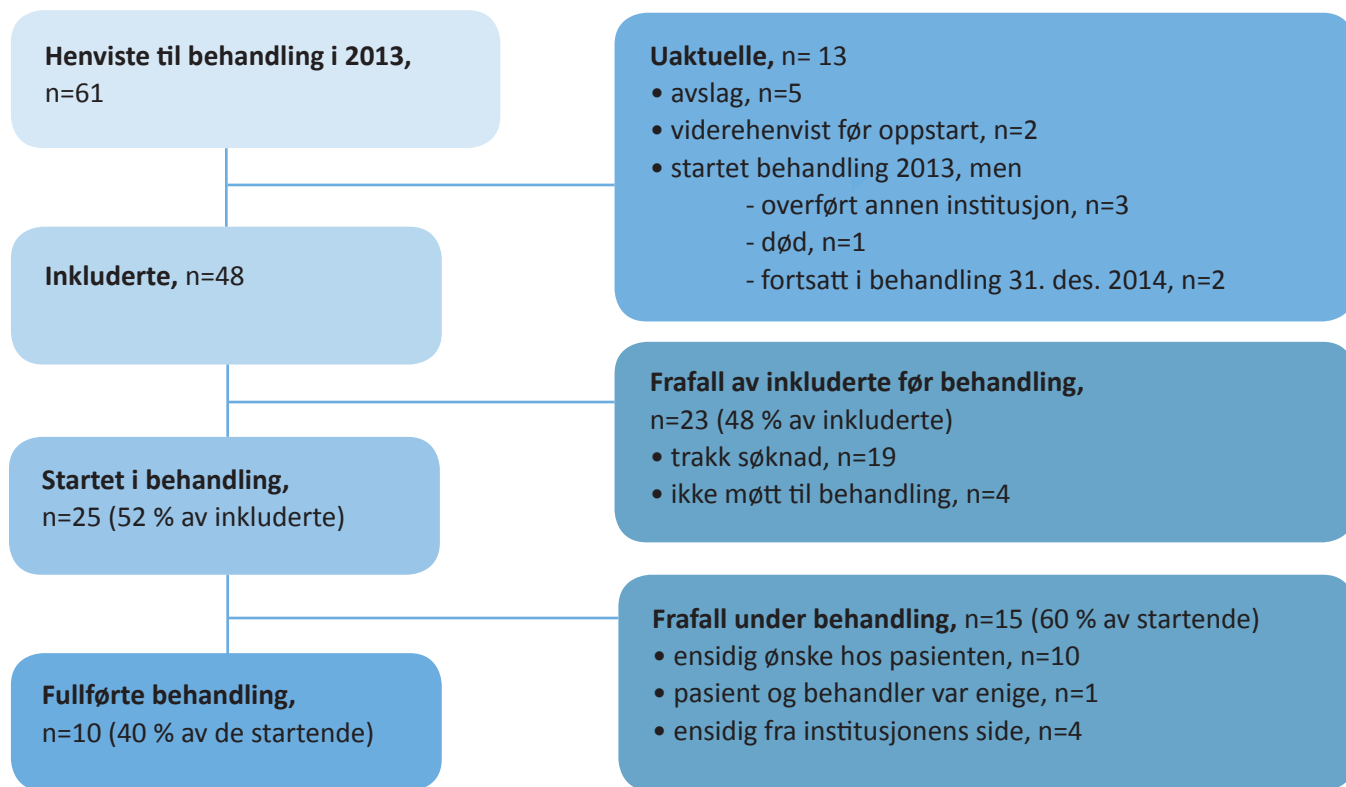
Pasienter som har behov for langvarige og sammensatte tjenester skal ha en koordinator (12). I 2013 ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å se på hva koordinatorrollen innebærer i ARA. Gruppen kom fram til at koordinator i spesialisthelsetjenesten ikke har samme oppgaver som koordinator for individuell plan eller for habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Koordinator i ARA og behandler bør være en og samme person (13).

## 4.0 Kvantitative funn

### 4.1 Presentasjon av kvantitative funn

Pasientflyt gjennom behandlingsforløpet med årsaker til eksklusjon, drop-out før og etter oppstart av behandling er skissert i figur 2.

Fig. 2



I 2013 ble til sammen 61 pasienter i målgruppen ( $\leq 30$  år) viderehenvist til behandling ved de fire utvalgte institusjonene og 48 pasienter kunne inkluderes i undersøkelsen. Tjuetre av disse (48 %) møtte ikke til behandling. Av de 25 som startet i behandling, avbrøt 60 %, mens 40 % fullførte planlagt behandling.

## 4.2 Diskusjon

Vi er ikke kjent med tidligere undersøkelser innen denne pasientgruppen som undersøker drop-out fra behandling etter viderehenvisning fra spesialisthelsetjeneste til private institusjoner. Imidlertid finnes det tall fra 2013 for hele pasientpopulasjonen (ikke bare pasienter  $\leq 30$  år, som i vår studie) på drop-out fra behandling ved de private institusjonene som HSØ hadde avtale med. Rapporten viser at 16 % ikke møtte til innleggelse og 42 % avbrøt etter oppstart i behandling (14) mot henholdsvis 48 og 60 % i vår studie. Vår undersøkelse viser altså en mye høyere frafallsprosent både før behandling startet og etter at behandling var satt i gang. Høyere andel frafall i vår undersøkelse kan være påvirket av lav alder i vårt utvalg, som er en kjent risikofaktor for drop-out (5). Samme oversiktsartikkel viser at drop-out fra institusjonsbehandling varierer mellom 17-57 %. d.v.s. at vårt funn (60 % frafall etter oppstart i behandling) sammenfaller med den høyeste prosenten i oversiktsartikkelen.

Av forbehold nevnes at materialet er lite (48 pasienter) og fra et begrenset tidsrom (2013). Videre ble det sett på tall fra kun fire institusjoner, hvorav enkelte hadde svært høy drop-out dette året. Samtidig er det en styrke at data i vår undersøkelse er fra et helt kalenderår.

### 4.2.1 Konklusjon

Undersøkelsen viser at bare halvparten av dem som tilbys behandling i privat institusjon møter til behandlingsstart, og at bare 40 % av dem som møter gjennomfører behandlingen. Med et slikt stort frafall bør det være et fortløpende fokus på registrering av drop-out og gjennomføring av tiltak som kan redusere frafallsprosenten. Spesielt synes frafall i ventetiden å være unødvendig høyt. Her kan det være nyttig å se på hvorfor pasienter velger ikke å ta i mot bevilget behandlingsplass og hva som skjer med dem videre. Det vil også være verdifullt å registre og utforske årsaker til frafall mens pasienter er innlagt i privat institusjon. Videre kan det være tjenlig å studere hvordan det går med dem etter avsluttet behandling.



## 5.0 Kvalitative funn

### 5.1 Presentasjon av kvalitative funn

De kvalitative funnene viser tre hovedutfordringer som kan ha påvirkning på frafall for pasienter som er henvist til private institusjoner. Utfordringene underbygges med sitater fra informantene (i kursiv):

#### 5.1.1 Pasienters forberedthet

De fleste av informantene fremhevet utfordringer med at pasienter gjennom hele forløpet ofte ikke er godt nok forberedt på behandling i TSB. Dette gjelder både mentalt og praktisk. Det ble trukket fram følgende årsaker til dette:

##### *Utgangspunktet for henvisninger*

Utgangspunktet for henvisningene, både når det gjelder primærhenvisninger og videre behandling innen TSB, har betydning: *”Hva er opptakten til behandling basert på? Det betyr mye for gjennomføringen av behandlingen”.*

Ofte er ikke pasientene klare for og forberedt på behandling når de henvises. Pårørende eller henviser kan ha ”trykket på” uten at pasientene selv har vært sikre på at de ønsker hjelp: *”Man bør også spørre seg hvem som har ønsket seg behandlingstilbudet? Pasienten eller noen andre? Har pasientene noen eierforhold til behandlingen? Ofte easy come and easy go hvis pasienten ikke har eierforhold eller ønsker seg behandlingen”.*

Noen pasienter har ikke oppfattet at de har blitt henvist: *”Det hender at folk ikke vet hva de er henvist til. De var i en krise, og dermed ikke helt på nett ved henvisningen”.* I tillegg kan fastleger ha for dårlig tid til samtale og kartlegging av pasientene før henvisning sendes.

Andre ønsker behandling på et annet grunnlag enn å bli rusfri. De kan for eksempel være i en akutt krise eller være truet fra rusmiljøet og ønske skjerming. Informantenes erfaringer er at pasienter som er blitt henvist på denne måten, i større grad avslutter behandlingen før den er fullført.


##### *Manglende kjennskap til pasientene*

Det ble stilt spørsmål ved om ARA, og da spesielt vurderingsteamet og behandlere i poliklinikkene, har god nok kjennskap til pasientene som henvises til privat institusjon. Det er for eksempel en utfordring at vurderingsteamet av og til tar avgjørelser uten at pasientene har vært godt nok involvert i prosessen, eller at det har blitt innhentet informasjon gjennom samtale med pasientene. For lite kjennskap til pasientene kan gjøre at det blir søkt om og innvilget behandlingstiltak som pasientene ikke mener seg ”klare” for: *”Altså, folk får beskjed om å dra til steder som ikke er bra for de, eller at de ikke får innvilget det de trenger fordi VUT ikke vet nok om de”.*

##### *Ansatte i ARA mangler kunnskap om behandlingstilbudene*

Informantene så det som et problem at ansatte i ARA kan ha for lite kunnskap om både de private institusjonene og behandlingstilbudene innad ARA. En av informantene formulerte det slik: *”... vi vet mindre og mindre om de eksterne behandlingstilbudene...”*

Lite kunnskap om behandlingstilbudene kan virke uheldig inn på forberedelse til videre behandling, og føre til at det ikke blir gitt rett behandlingstilbud.



HVA ER OPPTAKTEN  
TIL BEHANDLING  
BASERT PÅ?  
DET BETYR MYE FOR  
GJENNOMFØRINGEN  
AV BEHANDLINGEN

### **Pasientene er ikke godt nok informert**

Det var en tydelig opplevelse at pasientene ofte ikke hadde mottatt god nok informasjon om behandlingen, hverken fra ARA eller de private institusjonene. Pasientene kan mangle kunnskap om hva de er henvist til og hva behandlingen innebærer: *”Det kommer an på hvem som henviser- det begynner med henvisningen, og det er ikke alle som har satt seg godt nok inn i pasienten. Pasienten må informeres om hva som er tenkt”.*

Også videre i prosessen kan informasjonen være mangelfull: *”I forprosessen har man litt for få møtepunkt. Man gir informasjon til eleven som ikke har nådd inn. I forkant er de enig i behandlingsplanen, men de er ikke alltid like enig når de er blitt innlagt. Da oppdager de mer av hva dette handler om .... ”*

Lite kunnskap om den videre behandlingen kan i tillegg gjøre det sårbart i siste del av oppholdet på avgiftningsenhetene: *”Ambivalens under avgiftning er en utfordring. Når man er innlagt til avgiftning og har bestemt seg for et videre løp, er det også det stedet man opplever mest ambivalens (... ). Man vet ofte lite om hva man skal videre til, og bruker mye tid til å tenke på dette”.*

Slik mangel på informasjon kan øke risikoen for at pasientene ikke møter til behandling eller at de avbryter behandlingen når de kommer til en institusjon som gir et annet tilbud enn det de var forberedt på: *”Man får et brev i posten som sier at man er innvilget behandling ved en institusjon med frist, sånn og sånn... Man aner ingenting mer. Man hører da med vennekretsen sin som kanskje beskriver stedet som et drittsted. Da gidder ikke jeg heller... Jungeltelegrafene styrer mye om hva slags info man får. Systemet burde ha gitt god nok info.... Hva vil det si å være der?”*

### **Pasientene er ikke godt nok motivert**

Det ble stilt spørsmål ved om det jobbes godt nok med pasientenes motivasjon og mentale forberedelse i forkant, både fra ARA og de private institusjonene sin side.

Poliklinikkene har et stort ansvar i å forberede pasientene til innleggelse i de private institusjonene. Pasienter som kommer til innleggelse uten å ha hatt en ”stabil oppfølging” i poliklinikken, blir opplevd som mindre motivert og forberedt på behandling: *”For eksempel ble en ny pasient henvist til langtidsbehandling etter en time på poliklinikken. Ikke bra. For dårlig forarbeid”.*

Det ble også uttrykt et ønske om at behandlere på poliklinikkene jobber mer aktivt med pasienters egen motivasjon for å fortsette i behandling: *”Noe av det viktigste behandler kan gjøre, er å motivere pasientene for behandling. Spørsmål som: ”Hva vil du? Hva tenker du? Hvilke muligheter har du? Hvis du ikke ønsker, hvorfor? Hva er alternativet? Hvor er du i livet ditt? Hvor sterkt ønsker du dette? Her er dette stedet, hva inneholder det, passer du inn her?” stilles ikke alltid av behandlerne.”*

### **Mangel på tett oppfølging i overganger**

Det ble etterlyst tettere oppfølging i alle overganger: *”Det er en utfordring når pasienten blir sluppet ut fra intet og ingen tar kontakt før man skal inn til avgiftning igjen. Tiltro til behandlingsapparatet svekkes når ingen tar kontakt, informerer, hører hvordan det går. Eller fanger dem opp hvis de har ruset seg i ventetiden”.*

*”Man må bruke mer tid, spesielt i starten av noe. I overgangene og starten som er viktige!”.*

Overganger er sårbare. Pasientene kan være usikre på hva som venter dem og grue seg til å gå inn i nye faser av behandlingen. For eksempel kan oppstart av poliklinisk behandling være vanskelig, og det savnes at ARA tar kontakt med pasientene før behandlingsstart: *”Det er viktig å komme i en form for dialog med de. Snakke med de om det. Det er et alvorlig skritt å gå. Du skal gjøre noe med noe du egentlig ikke er sikker på at du har et problem med. Spesielt gjelder det de unge. Det bør være en tett oppfølging før behandlingen begynner”.*

Siste fase under avgiftning kan også være utfordrende uten tett oppfølging: *”Man kan føle seg ensom og overlatt til seg selv, og da kommer det mange tanker og tankekjør”.*

### **Korte frister**

Korte frister, fra både henvisning til tilbud blir gitt og fra tilbud til behandling starter, ble ansett som en utfordring i forhold til forberedelse: *”Korte frister blir ofte fort inn og fort ut fordi pasienten ikke er forberedt og derfor ikke skjønner hva de går til”.*

I dag er frist for vurdering på 10 virkedager, noe som ble ansett som for kort tid til at pasientene kan få god informasjon om behandlingstilbudene og finne den institusjonen som passer best. Med så kort frist, vil vurderingskoordinatorene ikke alltid ha tid til samtaler med pasientene som er henvist.

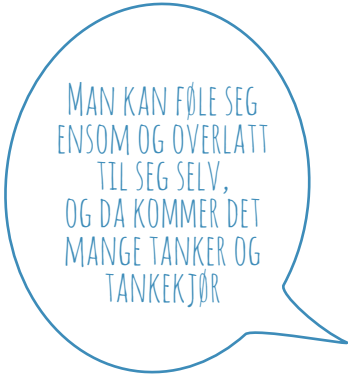
Korte frister ble også sett på som en utfordring ved overganger fra en behandling til en annen, for eksempel for pasienter som blir henvist til avgiftning etter kort tid i poliklinikken, og for pasienter som raskt overføres fra avgiftning til privat institusjon. Beleggskrav for private institusjoner (95 % i løpet av året) styrer ventetiden. Dette kan gjøre at pasienter får tilbud om plass før opprinnelig dato for innleggelse, for eksempel ved at dato for overføring fra avgiftningsenhet til privat institusjon framskyves. Da kan det bli for lite tid til forberedelse for pasienter som opprinnelig var på avgiftningsenheten *”uten noe videre planlagt”* og deretter får direkte tilbud om plass i privat institusjon.

Informantene har i tillegg erfart at det er mer avbrudd blant de pasientene som velger institusjon etter hvor lang ventetid institusjonen har: *”Vår erfaring er at hos de pasientene som velger sted selv, er det mye drop- out. Pasientene velger institusjon etter hvor lang ventetid det er, ikke etter tilbud, match og VUTs anbefalinger, fordi de ønsker hjelp med en gang og vil ha plass fort”.*

### **Rusmiddelbruk under opphold i avgiftningsenhet**

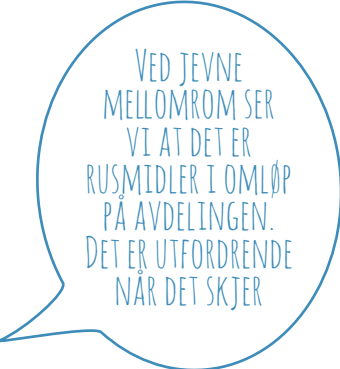
Rusmiddelbruk under oppholdet på avgiftningsenhetene ble ansett som en utfordring: *”Det er mye problem i forhold til at pasienter får brakt stoff inn i avgiftningen. Det kan komme av grunnen til at de ønsker å bli innlagt, for eksempel at de bare ønsker tak over hodet en stund, eller er i en krise.. ved jevne mellomrom ser vi at det er rusmidler i omløp på avdelingen. Det er utfordrende når det skjer”.*

Rusmidler på avgiftningsenhetene kan føre til en *”smitteeffekt”* blant pasientene, og da spesielt i forhold til de yngste: *”De unge med narkotika.. hvis en tar noe, da blir det ofte massesuggesjon - de andre følger med.”* Rusing på avdelingen kan etter en



MAN KAN FØLE SEG  
ENSOM OG OVERLATT  
TIL SEG SELV,  
OG DA KOMMER DET  
MANGE TANKER OG  
TANKEJØR

helhetsvurdering av pasientens situasjon og nyttiggjørelse av behandlingen føre til utskrivelse eller at den planlagte behandlingsskjeden blir utsatt. Hvis det ikke blir oppdaget, kan pasienten møte til videre behandling uten å være tilstrekkelig stabilisert, eller de vil la være å møte opp.



VED JEVNE  
MELLOMROM SER  
VI AT DET ER  
RUSMIDLER I OMLØP  
PÅ AVDELINGEN.  
DET ER UTFORDRENDE  
NÅR DET SKJER

Ved omløp av rusmidler der man ikke vet hvem som har brakt dem inn, setter avdelingen i verk flere tiltak for å identifisere hvor rusmidlene kommer fra. Dette har skapt en uro på avdelingen, noe som har gjort oppholdet mer utfordrende for pasientene.

### **Ikke tilstrekkelig avgiftet**

De private institusjonene opplever utfordringer med pasienter som ikke er godt nok avgiftet når de ankommer institusjonen: *"Noen ganger får vi pasienter som ikke er "ferdig preparert". Vi har inntrykk av at noen behøver å være lengre på avrusning. De kommer av og til hit uten å være skikkelig klare. Og da ser man at de ikke alltid er motivert og det er fare for drop-out. Ganske ofte har pasienter ruset seg... og de er i en rus ved inntak i institusjonen".*

Det ble antatt at dette skyldes "rusing" under transporten eller under oppholdet på avgiftningsenheten. I tillegg ble det opplevd at pasientene ikke var godt nok avgiftet i forhold til B-preparater.

### **Kommunen er ikke alltid involvert**

I følge informantene er det et problem når kommunal oppfølging ikke er på plass ved henvisning til TSB: *"Å gå inn i behandling uten kommunal støtte gir ofte dårlig utfall. Kommunen lener seg ofte tilbake når pasienten er innlagt i TSB".*

Erfaringer var at pasienter er mindre forberedt og motivert for behandling der kommunen ikke er involvert. I tillegg kan det mangle individuell plan for pasienter med sammensatt behov.

## **5.1.2 Samhandling, avklaring av roller og ansvar**

Utfordringer i forhold til samhandling mellom alle de involverte parter, avklaring av roller og ansvar var temaer som gikk igjen. Følgende utfordringer ble trukket fram av informantene:

### **Ikke god nok overføring av informasjon**

Mange av primærhenvisninger til TSB var ikke gode nok. Blant annet kan henvisningene mangle kartlegging av pasienters rushistorie, behandling som har vært prøvd tidligere, hva som tenkes videre og hva pasientene kan ha nytte av.

VUT- koordinatorene må for eksempel ofte avklare forhold hos pasienter som det ikke er opplyst om i henvisningene: *"VUT- koordinator må ofte avklare en del ting i forhold til pasienten, for eksempel om vedkommende har dommer og så videre. Koordinator gjør dette selv om det egentlig ikke er koordinators oppgave".*

Kvaliteten på henvisningene til de private institusjonene kan også variere: *"Fra (... ) får vi dårlige henvisninger - de tenker ikke at vi ikke kjenner pasienten."*

Dårlige henvisninger gjør at relevant informasjon om pasientene ikke blir overført. Dette kan gi for lite bakgrunnskunnskap om hver enkelt, noe som kan føre til at ansatte i liten grad blir klar over faktorer som kan være relevante for behandlingen eller gi risiko for avbrudd i behandlingen.

Informantene i de private institusjonene etterlyste også god nok informasjon om pasienters historie og nåværende situasjon. Det en utfordring at det ved overføringer ikke alltid er en åpen dialog mellom avgiftningsenhetene og de private institusjonene om pasientenes tilstand: *”Vi tenker at det er litt lurert – det vil si at avgiften eller andre ikke orienterer oss godt nok om pasientenes tilstand ved overføring - pasienten blir sendt hit uten å være skikkelig forberedt. Noen ganger forstår ikke henvisende instans hvor greie vi er”.*

Noen ganger ble det og stilt spørsmål ved om ARA har god nok kjennskap til og oversikt over alle data som vedkommer pasientene.

### **Uavklart ansvar i forhold til å forberede pasienter**

Det fremkom uenighet om hvem som bør forberede pasientene til behandling. Samtlige sa at de selv arbeider med pasienters motivasjon og forberedthet, men mente at andre aktører også burde ha mer ansvar for dette:

*”Behandler i poliklinikken skal motivere pasienten og vedlikeholde motivasjonen for behandling i de eksterne døgningstitusjonene. Det er ikke et spesifikt opplegg som følges. Vi ønsker at det er den eksterne institusjonen som opprettholder/forbedrer motivasjonen”.*

*”Vi (avgiftningsenhetene) jobber ikke med å opplyse om hvilken prosess pasienten må igjennom mentalt og fysiologisk. Det må foregå der de kommer eksternt. Men vi jobber med den praktiske forberedelsen, for eksempel i forhold til hvem som skal passe hunden mens de er borte eller ta inn posten”.*

*”Kommunen burde motivere pasienten til for eksempel første time i poliklinikken. Når pasienten ikke kommer til poliklinikken, kan det være at poliklinikken tenker at pasienten ikke kan nyttiggjøre seg poliklinisk behandling, og henviser til døgn. Her burde kommunen vært inne og forberedt pasienten. Den kommunale tjenesten bør være den røde tråden”.*

*”Hvem som skal jobbe med paratheten? Kommunen og VUT, og poliklinikken mens pasienten venter i påvente av plass”.*

I tillegg ble det etterlyst at henviser forbereder pasientene til behandlingen det søkes om før henvisning sendes. Dette gjaldt både ved primærhenvisninger og henvisninger innad i TSB.

### **Uavklart i forhold til oppfølging av pasienter i ventetiden**

Det ble stilt spørsmål ved om pasientene får god nok oppfølging i ventetiden fram mot innleggelse i privat institusjon.

Poliklinikkene ble oppfattet å ha et hovedansvar for å følge opp pasientene i ventetiden: *”I ventetiden bør poliklinikken jobbe med pasienten slik at vedkommende blir klar før*

*henvisning til ekstern døgnbehandling. Henvisningene kommer nå for fort fra poliklinikken, de gir opp for fort. Pasienten bør være i poliklinikken i ventefasen før henvisning videre”.*

For poliklinikkene kan dette være utfordrende: *”De får time på poliklinikken i ventetiden fram mot innleggelse i institusjonen, men mange møter ikke opp”.*

I tillegg ble andre aktørers ansvar fremhevet: *”Den eksterne institusjonen må ha ressurser til å følge pasienten både før og etter innleggelse”.*

*”Når pasientene ikke møter opp til time på poliklinikken i ventetiden, burde kommunen vært på banen. Det er en sårbar fase”.*

### **Uavklart i forhold til oppfølging av pasienter som er innlagt**

Det kan mangle oppfølging av pasienter som er innlagt til avgiftning eller i de private institusjonene, og det synes uavklart hvem som bør ha ansvar for dette.

Det var forventninger om at poliklinikkene følger opp pasientene mens de er innlagt: *”Poliklinikken må holde kontakten med pasienten gjennom innleggelsen. Basisbehandling må være poliklinikken, de andre legges oppå. Noen må holde kontinuiteten under hele innleggelsen. Se til somatikken. Der er poliklinikken inne og følge opp”.*

Poliklinikkene fremhevet dette som et problem: *”Poliklinikken skal ikke drive behandling når pasienten er på institusjon. Derfor er det heller ikke kontakt når de er på avgiftning. Vi følger de til avgiftning, men ikke når de er innlagt der. Men vi kan ta kontakt og ønske lykke til”.*


Det kan være uenighet om oppfølging av pasientene blant behandlere på poliklinikkene: *”Pasienten skal skrives ut av poliklinikken når vedkommende har fått plass på en ekstern. Noen behandler har ikke etterfulgt dette, noe som ikke er ok. Deres argumentasjon var å være der for pasienten hvis vedkommende droppet ut, og å kunne delta i ansvarsgruppemøter og når pasienten blir skrevet ut av den eksterne”.*

I tillegg er det ressurskrevende å skulle delta på ansvarsgruppemøter som foregår på de private institusjonene: *”Noen av behandlerne på poliklinikken har måttet være med på ansvarsgruppemøte på den eksterne. Det er ikke ok. De brukte to dager på dette, noe poliklinikken ikke har ressurser til”.*

Andre aktører ble tillagt ansvar for å følge pasientene mens de er innlagt til avgiftning eller i de private institusjonene: *”Den eksterne institusjonen har behandlingsansvar når pasienten er innlagt der. Behandlingsansvaret og koordinatoransvaret skal være der pasienten er i behandling”.*

*”Du propper et system hvis poliklinikken skal følge pasientene når de er på avgiftning. Grunnstammen bør være kommunen. Poliklinikken har ikke ressurser til å være med på ansvarsgruppemøter”.*

Mangel på oppfølging kan få konsekvenser: *”Vi hører ofte pasientene sier at de skal ha poliklinisk oppfølging etter avgiftning, men at de ikke har lyst til dette fordi de ikke kjenner den som skal følge dem opp derfra”.*



DE FÅR TIME PÅ  
POLIKLINIKKEN I  
VENTETIDEN FRAM MOT  
INNLEGGELSE I  
INSTITUSJONEN, MEN  
MANGE MØTER IKKE OPP

### *Lite kontakt og samarbeid mellom aktørene*

Kontakt og samarbeid mellom noen av enhetene innad i ARA, mellom ARA og de private institusjonene og mellom ARA, kommunene og fastlegene er en utfordring.

Det er ofte lite kontakt mellom avgiftningsenhetene og de private institusjonene: *”Vi har ingen kontakt med eksterne før innleggelse. Det er tilfeldig hvis det er kontakt. Men vi ringer til de eksterne når pasienten blir henvist mens de er innlagt her”.*

Det er ofte lite kontakt og samarbeid mellom avgiftningsenhetene og poliklinikkene, i tillegg til uenighet om hvem som bør ha ansvaret for å ta kontakt: *”Samarbeid mellom enhetene må til. Nå er det slik at hvis pasienten for eksempel vil noe, for eksempel i forhold til å bytte bosted, gjør ofte avgiftningen dette fort, uten å snakke med henviser eller poliklinikken. Ute av syne, ute av sinn? Det er ikke god kontakt nå mellom poliklinikk og avgiftning... Poliklinikken må holde kontakten med pasienten gjennom innleggelsen”.*

*”Avgiftning bør ta kontakt med poliklinisk behandler. Når poliklinikken får noen fra avgiftning, følger ikke avgiftning dem inn i poliklinikken”.*

Det kan også være lite samarbeid mellom kommunene og fastleger: *”Fastlege og oppfølging i kommunen snakker ikke sammen...”.*

### *Utfordringer ved transport til de private institusjonene*

Det ble fremhevet flere ulike utfordringer i forhold til transport til de private institusjonene.

De fleste bemerket at transporten er sårbar og at faren for avbrudd er stor. Reiseveien er ofte lang og komplisert. I tillegg kan motivasjonen svikte, eller pasientene kan ruse seg. Avgiftningsenhetene har flere eksempler på at pasienter som har hatt rene prøver ved avreise, har vært ruspåvirket ved ankomst.

Det var uenighet om pasientene bør følges. Enkelte informanter mente at det tar mye tid og ressurser å følge pasienter til den private institusjonen, og noen mente at pasientene bør kunne klare transporten alene. Andre var tydelige på at pasientene alltid bør ha følge: *”Det er sårbart og dårlig gjort at pasienter skal sitte alene i buss, tog eller drosje fra Sørlandet og hit.”* Andre igjen mente at det alltid bør foretas en individuell vurdering av behov for følge i god tid i forkant.

Også hvem som eventuelt bør følge pasientene virket å være uavklart: *”Det ligger forventinger om at behandler på poliklinikken skal kjøre pasienten til den eksterne. Poliklinikken mener at dette er kommunen sin oppgave hvis pasienten ikke klarer det selv”.*

*”Det er pasientreiser sitt ansvar å transportere pasientene”.*

*”Transporten er ARA sitt ansvar. Men det bør ligge en individuell vurdering på hvordan og hvem”.*

*”Pasientene bør alltid ha følge, enten fra ARA, kommunen eller pårørende”.*



FASTLEGE OG  
OPPFØLGING  
I KOMMUNEN  
SNAKKER IKKE  
SAMMEN....

"DET ER SÅRBART OG DÅRLIG GJORT AT PASIENTER SKAL SITTE ALENE I BUSS, TOG ELLER DRØSJE FRA SØRLANDET OG HIT."

Det kan i tillegg være vanskelig å fastslå nøyaktig dato for transport: *"Institusjonen vil ikke ha pasienten før vedkommende har rein urinprøve. Man vet ikke når den er, det er nye prøver hele tiden, ikke fastsatte datoer, men rene prøver... Benzo er den store bøygen. Rene prøver bestemmer overføringsdatoen, derfor er det stort spenn i forhold til innleggelsestiden. De eksterne bryr seg kanskje ikke så mye om det kliniske bildet. Og det er vanskelig med avtaler når man ikke vet når man skal dra, vanskelig å få noen til å følge. Det burde være det kliniske bildet som bestemmer".*

### **Manglende koordinatorfunksjon i ARA**

Koordinatorrollen i ARA fungerer ikke etter intensjonene: *"Koordinatorfunksjonen fungerer ikke. Den er ikke oppe og går".* Dette fører til at pasienter med langvarige og sammensatte behov ikke alltid får utnevnt koordinator slik de har krav på: *"Koordinatorfunksjonen finnes pr. dato ikke i ARA, og ARA svikter her. Det burde vært en koordinator som fulgte pasienter med langvarige behov..."*

Koordinatorrollen bør ligge på poliklinikknivå. For poliklinikkene ble det ansett som en utfordring å inneha koordinatorrollen: *"Poliklinikken skal ha en koordinatorrolle i spesialisthelsetjenesten. Det blir en dobbel rolle fordi terapeuten blir både behandler og koordinator. Det kan være både positivt og negativt. I praksis burde VUT hatt koordinatorrollen. Poliklinikken får ingen kompensasjon for å være koordinator, får ikke skrive polka ark for det".*

Samtidig har poliklinikkene opplevd at det på alle nivåer i ARA ligger en forventning om at behandlere i poliklinikkene også skal utøve koordinatorrollen for pasienter som er ferdig behandlet i poliklinikken.

### **Mangel på kommunal oppfølging**

Det er et problem at mange kommuner "lener seg tilbake" når pasienter mottar behandling i TSB. Mange pasienter har utfordringer som det i utgangspunktet er kommunens oppgave å følge opp: *"Ikke glem at dette er TSB. De fleste som skal inn sliter med alt: økonomi, nettverk, familie, bolig..."*

ARA og de private institusjonene har opplevd å bruke mye tid og ressurser på å utføre oppgaver som tilhører kommunalt nivå: *"Når pasienten ikke har kommunal oppfølging, blir det poliklinikken som må ta fatt i alt det sosialfaglige, noe de ikke burde bruke tid på".* I tillegg går det med ressurser på å henvise pasienter til kommunal oppfølging der kommunen i utgangspunktet burde vært involvert.

Mangel på kommunal oppfølging er også et problem når pasienter dropper ut av behandling eller ved ordinær utskriving. Kommunen har ikke fulgt pasientene gjennom prosessen og står heller ikke klare til å fange dem opp.

### **5.1.3 Implementering og gjennomføring av brukermedvirkning**

Generelt ble det etterlyst en større forståelse for og implementering av brukermedvirkning gjennom hele prosessen fram mot innleggelse i privat institusjon. Følgende utfordringer ble spesifikt trukket fram:



### Holdninger blant ansatte

Det er en utfordring at enkelte ansatte møter pasienter med en dårlig holdning. Det ble etterlyst en holdningsendring innad i ARA: *"Vi må endre holdningen til å spørre oss om hva kan vi gjøre for pasientene, ikke hva de må skjerpe seg med"*.

Hvilke holdninger pasienter møtes med kan ha innvirkning på gjennomføring av behandlingen: *"Et drop out er noe et menneske gjør bevisst, men noen ganger er systemet en pådriver for at man ikke orker mer. Drop-out kan altså ha noe å gjøre med hvilke holdninger systemet har til hva en ruspasient er og hvordan pasienten møtes"*.

### Relasjon

Økt aksept og fokus på betydningen av en god relasjon og kjemi mellom behandler og pasient ble etterlyst: *"Innimellom oppleves dette i forhold kjemi ekstremt godt. Kjemi er personavhengig- det kommer an på hvilken person man møter og hvilken kjemi man har. Og da er det noen som ikke kjemien stemmer med. Det er ikke systemet det er noe galt med. Det er det relasjonelle det handler om"*.

Å få til en god relasjon ansees som ansattes ansvar: *"Relasjon viktig, og da blir det ansatte sitt ansvar. Det holder ikke å si at pasienten ikke har motivasjon"*.

Dårlig relasjon kan få konsekvenser: *"En dårlig relasjon mellom pasienter og behandler kan være en risiko for drop-out"*.

### For lite medbestemmelse og ansvarliggjøring

Det er en utfordring at noen ansatte tar valg på pasienters vegne istedenfor å hjelpe dem til økt ansvarliggjøring og å ta egne valg: *"Bøyygen er ofte ansatte som har bestemt seg i forkant. Det er noen holdninger om at vi vet best. På for dårlige premisser.."*.

For lite ansvarliggjøring kan føre til at pasienter ikke får et eierforhold til egen behandling: *"Det må skje en form for ansvarliggjøring av pasienten. Pasienten er den eneste som kan ta ansvar for sitt eget liv. Ofte er man vant til at noen kommer og redder deg, spesielt de unge. Motivasjonen må komme innenfra"*.

### Uverdige rutiner under behandling

Enkelte behandlingsrutiner har blitt opplevd som uverdige og kontrollerende når det ikke blir tatt individuelle hensyn: *"Når du er inne, opplever du i mange tilfeller noe som normale mennesker kanskje ville oppleve som overgrep"*.

Et eksempel er rutinen med urinprøver som stikkontroll ved mistanke om rusbruk på avgiftningsenheten: *"Det var lotteri på søndagene når man var innlagt: noen ble trukket ut for å gi urinprøve. Det var besøksdagen og man var redd for at noen hadde fått i seg rus. Jeg følte meg provosert i forhold til dette. De ville ikke finne noe.. Denne typen kontrollregimer er uverdige. Jeg kunne forstått det hvis det var en blodprøve. Hvis noen ruser seg, kan du se en bevegelse i gruppen. Man trenger ikke prøver, men noen med brukererfaring som senser dette med en gang"*.

### For lite bruk av likemenn

Det ble etterlyst mer bruk av likemenn både i oppstart av og under behandlingen.



*"EN DÅRLIG RELASJON MELLOM PASIENTER OG BEHANDLER KAN VÆRE EN RISIKO FOR DROP-OUT"*.

Likemenn representerer ofte en "innenfra kunnskap" som kan være en viktig hjelp og støtte for å bli motivert for, få nok kunnskap om og gjennomføre behandlingen:

*"Likemenn er veldig opptatt av at kjemien stemmer og de har noenlunde samme bakgrunn som pasientene. De kan hjelpe til med å møte opp på ruspoliklinikken, kan snakke sammen med pasienten om behandlingen og kan gi pasienten motivasjon til å ta i mot hjelp. Likemenn kan følge delvis gjennom hele behandlingsforløpet og i etterkant av behandlingen. De kan delta på ansvarsgruppemøter, og være en talsmann. De får med seg hva som skjer i møtet slik at man kan snakke om dette videre. Likemenn er tilgjengelig 24-7, og det er ingen pasienter som misbruker dette. Fordelen med å være likemann er at du ikke er en del av systemet".*

Det er i tillegg en utfordring at likemenn ikke brukes systematisk: "Det hender at ruspoliklinikken og Rusa ringer og ber om likemann, men det er ikke satt i system". Dette fører til at potensialet i likemannsordningen ikke blir benyttet fullt ut.

### **Implementering av brukermedvirkning**

Det er enighet om prinsippet om brukermedvirkning, og det er laget mange gode beskrivelser om hva brukermedvirkning innebærer. Det er likevel blitt erfart at den største utfordringen ligger i implementeringen: "Når man sitter i faggrupper, er de stort sett enige med det brukerne sier. Men det er vanskelig når det skal implementeres noe nytt. Dette er den største utfordringen: å gjøre noe nytt. I systemutviklingen ligger det mange gode beskrivelser, men det er vanskelig i praksis".

## **5.2 Diskusjon og forslag til forbedring**

Den kvalitative delen av rapporten har undersøkt mulige forklaringer på det store forfallet ved overganger i TSB blant pasienter som er henvist til private institusjoner. Funnene peker på tre problemområder med utfordringer: 1) pasienters forberedthet 2) samhandling, avklaring av roller og ansvar 3) implementering og gjennomføring av brukermedvirkning.

Diskusjon av de tre problemområdene med tilhørende konklusjon og forslag til forbedring presenteres hver for seg. Til sist er det føyet til et punkt om kommunens rolle, siden dette var et tema som gikk igjen hos mange av informantene.

### **5.2.1 Pasienters forberedthet**

De fleste av informantene oppga at det er et problem at pasienter kommer til behandling uten å være forberedt på hva de går til. Det har ikke lyktes å finne andre rapporter eller studier som har sett på betydning av forberedthet i tiden fram mot innleggelse i privat institusjon. Imidlertid ansees det som viktig å forberede pasienter til tiden etter langtidsbehandling, som for eksempel i prosjektet "Veien videre". Prosjektet er et samarbeid mellom Bergen kommune og Helse Bergen ved avdeling for rusmedisin, og har fokus på å gi bistand i fasen som er knyttet til avslutning av langtidsbehandling på institusjon. Hjelpen tilpasses individuelt, og kan inneholde informasjon om ulike ettervernstiltak, samarbeid med andre instanser, støttespiller i oppstart av aktiviteter, samtale og støtte, og kartlegging av hvordan overgangen kan bli enklere (15).

Manglende informasjon om behandlingen, lite medvirkning i prosessen og lite kjennskap til pasienten hos henviser og mottager av henvisningene ble fremhevet som en årsak

til at pasientene kan være dårlig forberedt. I St. Mld.47 understrekes det at for å bedre prognosen for gode resultater, er det viktig at pasienter medvirker i planleggingen og oppfølgingen av egen behandling. I tillegg skal behandlingen være tilpasset hver enkelt pasients behov, levesett, evner og ønsker (16).

Utfordringer med pasienter som ikke har fått god nok informasjon om behandlingstilbudet gjenspeiles i andre undersøkelser. For eksempel viser en nasjonal undersøkelse om pasienterfaringer med døgnopphold innen TSB at bare rundt halvparten av pasientene hadde fått tilfredsstillende informasjon om behandlingen (17). Viktigheten av informasjon til pasienter blir fremhevet i en nylig utgitt nasjonal veileder. Fortløpende informasjon er avgjørende for at pasienter skal få mulighet til innflytelse og optimale valg (18).

Det kan være mange grunner til at pasienter ikke får nok informasjon om behandlingen. For eksempel kan den være mangelfull eller dårlig tilpasset pasientenes behov eller situasjon. Flere informanter trakk fram at behandlere i ARA ikke visste nok om de private institusjonene eller behandlingstilbud innad i ARA. Dette trekkes frem i St. Mld.47 der det refereres til funn fra Statens helsetilsyn som viser at ansatte både i helseforetak og kommuner har mangelfull kunnskap om øvrige tilbud (16). Dette synes derfor å være et generelt problem og ikke spesielt for ARA, men her bør det gjøres en innsats på informasjonssiden. Dette bør gjøres jevnlig på grunn av utskiftning av behandlere.

Mange av informantene anså mangel på motivasjonsarbeid som en årsak til at pasienter er dårlig forberedt. I tillegg fremhevet brukerorganisasjonen mangel på tett oppfølging i overganger som et problem. Det meste av motivasjonsarbeidet i ARA for pasienter som skal videre til privat institusjon foregår poliklinisk og/eller under avgiftningsoppholdet. Det er imidlertid ikke alle pasienter som møter opp til poliklinisk behandling. De fleste av de private institusjonene har heller ikke et tilbud om for eksempel forberedelsesgrupper. Det kan vises til gode erfaringer fra K46, som er et bo, behandlings- og oppfølgingstilbud for unge med rusproblemer som enten har fått dato for avrusning og behandling i spesialisthelsetjenesten, eller søker om dette. Tilbudet er etablert i samarbeid mellom Stavanger kommune og Helse Stavanger (19). I ARA er det kun Enhet for gruppebehandling og RP- posten som har systematisk forberedelse før oppstart av behandling (20).

### Konklusjon

Funnene tyder på at det er behov for fokus på forberedelse både i forkant av og gjennom hele forløpet fram mot innleggelse i privat institusjon. Hvor mye pasientene involveres og medvirker i planleggingen og oppfølgingen av behandlingen virker å bedre prognosene for gode resultater. Fortløpende informasjon synes avgjørende for å sikre medvirkning og riktig valg gjennom hele forløpet. For å gi informasjon, må ansatte ha god kunnskap om det som skal videreformidles.

I tillegg indikerer funnene at korte frister kan være en ulempe. Dette er et overordnet krav som ARA ikke kan gjøre noe med, men det fører til utfordringer som krever "noe ekstra" ved at den som sender pasienter til videre behandling må sørge for at de er godt informert og klar for videre behandling.

Det kan i tillegg tenkes at en bedre organisering for å forberede pasienter til behandling i TSB kan ha positiv effekt på gjennomføring av behandlingsforløpet. Dette kan gjøres ved å opprette og innføre tydeligere rutiner innad i ARA eller ved at det etableres

behandlings- og oppfølgingstilbud etter modell fra K46. Dette kan også være med på å sikre tettere oppfølging i overganger.

### *Forslag til forbedring*

- Arbeidet med å forberede pasienter til behandling bør starte ved henvisning TSB
- Forbedre henvisninger fra ARA til private institusjoner med standardisert informasjon
- Innkallingsbrevet fra institusjonen og ARA bør forbedres slik at det inneholder tydelig skriftlig informasjon om hva behandlingen innebærer for pasienter
- Oppgradering og jevnlig oppdatering av de private institusjonenes nettsider
- Pasienter bør få informasjon gjentatte ganger fram til innleggelse i privat institusjon
- Informasjonen bør bedre tilpasses hver enkelt pasients situasjon og behov
- Det bør innføres rutiner som sikrer at pasienter har mottatt og forstått informasjonen
- Økt kunnskap blant ansatte i ARA om behandlingstilbud i eget foretak og i de private institusjonene
- Det bør etableres rutiner som sikrer tett kontakt med pasienter i overganger. Ambulant virksomhet bør økes

### **5.2.2 Samhandling, avklaring av roller og ansvar**

Svikt forbundet med samhandling gjenkjennes også nasjonalt. I St. Mld.30 understrekes det at manglende samhandling er en utfordring innenfor rusbehandling når det gjelder overføring av tjenester både innenfor og mellom sektorer og nivåer. Pasienter med sammensatt problematikk, blant annet rusmisbrukere, virker å være særlig utsatt. Tydeliggjøring av de enkelte tjenestenes oppgaver og ansvar etterspørres av flere aktører. Gode samhandlingsrutiner på individnivå bør også inkludere private institusjoner som helseforetaket har avtale med (16,21). I forhold til samarbeid mellom ARA og de private institusjonene, foreligger det ikke samarbeidsavtaler hvor ansvar og roller er avklart. Det finnes foreløpig heller ikke nedskrevne rutiner for pasientforløp innen rus – og avhengighetsbehandling i SSHF eller Helse Sør-Øst.

Informantene beskrev problemer med blant annet informasjonsutveksling. Det kan for eksempel mangle informasjon om pasienter i henvisninger og ved overføringer, og det kan være dårlig kommunikasjon mellom sender og mottaker. I tillegg framkom det uenighet om hvem som bør ha hovedansvar for å forberede og følge opp pasienter, både i overganger innad i ARA og mellom ARA og de private institusjonene. Dette gjenkjennes i funn fra Statens helsetilsyn gjengitt i St. Mld.47 som viser til svikt forbundet med samhandling, der det særlig trekkes fram manglende eller mangelfull informasjonsflyt, arbeidsfordeling som ikke er avklart eller tydelig, og ansvars- og myndighetsforhold som er uavklarte. Det påpekes at man bør være særlig oppmerksom for svikt i samhandlingen der ansvaret er uavklart eller delt og hvor pasienter har sammensatt problematikk (16).

I Sørlandet Sykehus sin områdeplan for psykisk helse poengteres det at pasientforløp mellom avdelinger innad i klinikken skal være sikre og koordinerte, noe som forutsetter at informasjonsflyten er god (22). Det presiseres ikke hvordan disse målene skal nås eller hvordan ansvaret skal fordeles. Imidlertid finnes det nedskrevne retningslinjer for samhandling innad i SSHF (12). Det foreligger også retningslinjer med beskrivelser av roller og ansvar, for eksempel for ansvarlig behandler og vurderingskoordinator (EK- Web) (9).

Flere informanter beskrev at koordinatorfunksjon i ARA ikke fungerer etter intensjonene. For å styrke helheten i tjenestetilbudet har spesialisthelsetjenesten, i tillegg til

kommunen, en plikt til å tilby en koordinator for pasienter som har behov for langvarig og koordinerte tjenester. Koordinator skal sikre samordning og nødvendig oppfølging, i tillegg til å bidra til optimal medvirkning og et sømløst tilbud innen tjenestene. Koordinator har også ansvar for å ta initiativ til å avklare ansvarsforhold dersom disse er uklare (21). Hva koordinatorrollen innebærer for ARA er beskrevet i SSHFs EK- Web rutine (12). Etter anbefalinger fra en arbeidsgruppe nedsatt på ledermøte i ARA i 2013, bør koordinatorrollen i ARA ligge fortrinnsvis i poliklinikken (13). Informantene i vår undersøkelse tydeliggjorde flere utfordringer ved at poliklinikkene bør inneha koordinatorfunksjonen. Blant annet mente flere at det går mye tid og ressurser med å inneha funksjonen, i tillegg til at det ikke gis kompensasjon. St. Mld.30 viser til at rekruttering av koordinator til pasienter med rusproblemer er vanskelig (21).

Alle informantene beskrev flere problemer i forhold til transporten til de private institusjonene. Transporten ble ansett som sårbar. Reisen kan ofte være lang og komplisert. Det ble beskrevet som både tid - og ressurskrevende å følge pasienter til institusjoner, og det var ulike oppfatninger om hvem som bør følge. I utgangspunktet er transporten ARA (avsender) sitt ansvar (23).

### **Konklusjon**

Funnene viser utfordringer ved samhandling, roller og ansvarsfordeling både innad i ARA og mellom ARA og de private institusjonene. Flere forhold kan være årsaker til dette. I tillegg til manglende samarbeidsavtaler mellom ARA og de private institusjonene samt mangel på rutiner for pasientforløp i TSB, er manglende koordinatorfunksjon en medvirkende årsak til at samarbeidet mellom aktørene ikke fungerer optimalt. Det kan virke som at konklusjonene arbeidsgruppen la ned om koordinatorrollen i ARA, ikke er håndtert videre. EK- Web rutinene om samhandling innad i ARA synes ikke å være godt nok kjent eller fungere etter intensjonen.

Transporten blir beskrevet som sårbar. For å forebygge drop- out under transporten bør følge bli ansett som en standard, med åpning for unntak der pasienter er i stand til å reise alene. Dette fordrer selvsagt noen økonomiske løsninger.

### **Forslag til forbedring**

- Kommunikasjon mellom enhetene i ARA bør være tydelig på hva som er hver enkelt ansvar, og det bør være åpen dialog mellom enhetene
- Det bør jobbes med at kommunikasjon mellom ARA og de private institusjonene blir tydelig på hva som er hver enkelt aktørs ansvar, og det må tidlig avklares hvor ofte og hvor samarbeidsmøter skal finne sted
- Etablere rutiner for at all relevant informasjon om pasienter viderefremmes ved overføringer
- Det bør innføres rutine med tett kontakt mellom involverte aktører i overganger.
- Transporten bør planlegges tidlig i forhold til hvordan den skal foregå og hvem som har ansvar for å følge opp
- Koordinatorfunksjonen i ARA må settes i funksjon
- Det bør opprettes samarbeidsavtaler mellom ARA og de private institusjonene hvor roller og ansvar er avklart
- Den kommunale oppfølgingen mens pasienter under behandling i TSB bør forberedes

### 5.2.3 Implementering og gjennomføring av brukermedvirkning

Fra brukerorganisasjonens side ble det generelt etterlyst en større forståelse for og implementering av brukermedvirkning gjennom hele prosessen. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og inngår i kravet til forsvarlige tjenester (23-26). Nasjonale føringer henstiller til at brukermedvirkning integreres i rutiner og prosedyrer i virksomhetens kvalitetssystem gjennom hele forløpet og på alle nivåer. Samtidig bør det beskrives hvordan medvirkning ivaretas i tjenesteytingen gjennom hele prosessen (18).

Det var få informanter, bortsett fra informanten fra brukerorganisasjonen, som fremhevet brukermedvirkning som en utfordring. Funnene indikerer at det må til en holdningsendring blant de ansatte fra en "ekspertrolle" til mer brukermedvirkning. Det kan også tenkes at årsaken til at få informanter trakk fram dette som en utfordring, handler om for lite kunnskap om brukermedvirkning og manglende nedfelte rutiner. Rapporten "brukermedvirkning i TSB- en myte?" viser at kunnskap om brukermedvirkning blant lederne i undersøkelsen var lav. Brukernes meninger og erfaringer virker inn på hvordan behandlingstilbud utformes, men det er fremdeles mange utfordringer som gjenstår før potensialet i aktiv brukermedvirkning er fullt ut utnyttet (27). Andre undersøkelser viser at det fremdeles er en lang vei å gå før brukermedvirkning er implementert (28).

Brukerorganisasjonen etterlyst mer bruk av likemenn og at det settes i system. Bruk av likemenn kan være et godt virkemiddel for å fremme pasienters egne ressurser og styrke brukermedvirkning. I St. Mld.47 nevnes det spesielt de frivillige organisasjoners rolle, og da særskilt likemannsarbeid, og deres betydning for å bidra til en bedre realisering av de helsepolitiske målene der tiltak og forebyggende arbeid skal bidra til at pasienter mestrer sine livssituasjoner (16). Enhet for gruppebehandling i ARA tar utgangspunkt i brukererfaringer, og har i mange år hatt ansatte med brukererfaring (erfaringskonsulenter) i sitt multidrevne team. I poliklinikkene og ved avgiftningsenhetene brukes likemenn i enkelte tilfeller, uten at det er satt i system.

### Konklusjon

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Systematisk bruk av likemenn kan være med på å fremme pasienters egne ressurser og øke brukermedvirkning. Siden det er press på personalressurser innenfor TSB, kan følge av likemenn være et aktuelt tiltak for å trygge overganger, både innad i ARA og over til de private institusjonene.

### Forslag til forbedring

- Kunnskap om og forståelsen av brukermedvirkning må økes
- Når det gjelder prosessene innad i TSB og ved overføringer mellom nivåene, bør ansvarlig behandler ha hovedansvar for å få til et godt samspill og arbeide for å øke pasienters motivasjon, medvirkning og ansvarliggjøring
- Det bør være økt fokus på god kjemi og godt samspill mellom behandler og pasient
- Bruk av likemenn bør økes, formaliseres og settes i system gjennom hele forløpet i ARA

### Kommunens rolle

Til tross for at fokuset i denne undersøkelsen var på utfordringer i forløpet mellom ARA og de private institusjonene, fremhevet alle informantene kommunenes ofte manglende

rolle som et problem. Dette gjaldt både i forhold til utfordringer med pasienters forberedthet, samhandling og avklaring av roller og ansvar. Mange av informantene i ARA har opplevd at det brukes mye tid og ressurser på oppgaver som i utgangspunktet tilhører kommunalt nivå. I tillegg mente alle informantene at det er vanskelig å gripe fatt i samtlige utfordringer en hver pasient måtte ha uten at kommunene er involvert. Utfordringene i forhold til kommunene vil ikke bli nærmere diskutert i denne rapporten. Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er utførlig beskrevet i samhandlingsreformen (16).

### 5.3 Styrker og svakheter

Svakheter ved funnene er at data ble hentet inn gjennom et begrenset utvalg av informanter. Det var bare en representant fra brukergruppen, og ingen behandlere fra enhetene eller de private institusjonene som ble intervjuet. Informantene er heller ikke tilfeldig utvalgt da de ble utpekt etter drøfting med styringsgruppen og ansatte i ARA. Dataene er ikke samlet og systematisert med basis i en vitenskapelig fundert metodikk, og kan derfor ikke generaliseres. Det er ikke blitt funnet noen kvalitative undersøkelser som omhandler akkurat den undersøkte problematikken, men flere enkeltfunn samsvarer med funn fra andre undersøkelser og nasjonale veiledere.

## 6.0 Oppsummering og videre anbefalinger

Forskning viser at gjennomføring av rusbehandling har betydning for resultatet (3, 4). Det er derfor viktig å få opp tallene på pasienter som gjennomfører planlagt behandling. De kvantitative funnene viser et høyt frafall blant pasienter  $\leq 30$  år, både i ventetiden før innleggelse i privat institusjon og etter at behandling har startet. De kvalitative funnene understøtter at det er utfordringer i forhold til frafall i forbindelse med overgangen fra ARA til behandling i privat institusjon.

De kvalitative funnene beskriver flere mulige årsaker til stort frafall, hvorav dårlig forberedthet hos pasienter er en av hovedutfordringene. Den andre hovedutfordringen er problemer ved samhandling, avklaring av roller og ansvar blant aktørene. Den tredje fokuserer på potensialet i å øke brukermedvirkning.

### 6.1 Forslag til videre forskning:

- Kartlegge pasienters egne forklaringer på drop-out i behandling. Dette vil gi en bredere forståelse av problemstillingen og hva som kan gjøres for redusere frafall fra behandling i TSB. For eksempel kan det gjennomføres en spørreskjemaundersøkelse og/eller kvalitativ intervjustudie av pasienter som har droppet ut.
- Opprette et samarbeid med de private institusjonene om løpende administrativ registrering av pasientforløpet til alle pasienter som videresendes til private institusjoner. I forlengelsen av dette kunne det gjøres fortløpende kost- nytte analyser relatert til bruken av private institusjoner.
- Undersøke hva som skjer videre med pasienter som sier fra seg plassen eller dropper ut av behandling. Dette kan eksempelvis gjøres i samarbeid mellom kommunene, de private institusjonene og ARA.

Det er rimelig å anta at funnene i denne rapporten har klar overføringsverdi til andre institusjoner med liknende behandlingsrutiner. Private institusjoner kan ha nytte av å se "hvor skoen trykker" sett fra et helseforetaks side og omvendt.



## Referanser

1. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD: Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*. 2000;284(13):1689-95.
2. Lindstrom: Managing alcoholism: Matching clients to treatments. 1992.
3. Ravndal E, Vaglum P, Lauritzen G: Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: a prospective study from 13 different units. *Eur Addict Res*. 2005;11(4):180-5.
4. Ravndal E, Amundsen EJ: Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug Alcohol Depend*. 2010;108(1-2):65-9.
5. Brorson H, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F: Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1010-24.
6. McKay JR, Hiller-Sturmhofel S: Treating alcoholism as a chronic disease: approaches to long-term continuing care. *Alcohol Research and Health*. 2011;33(4):356-70.
7. Beyer S, Enoksen E, Lie T, Nesvåg S: Oppdatering av Rusreform-evalueringen (2006-2010). Korfor Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest. Stavanger. 2011.
8. HelseDirektoratet: Prioriteringsveileder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oslo. 2015.
9. Thommesen M, Seland E, Moen U: Vurdering av henvisninger ved avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA). Sørlandet sykehus. Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling. Kristiansand. 2009.
10. HelseDirektoratet: Fritt sykehusvalg Norge. Oslo. 2015. Available from: <http://www.frittisykehusvalg.no/start/> (lastet ned 02.11.15)
11. Sørlandet sykehus: Pasientreiser - hva er en pasientreise? Kristiansand. 2010. Available from: [http://www.sshf.no/fagfolk/\\_pasientreiser\\_/Sider/side.aspx](http://www.sshf.no/fagfolk/_pasientreiser_/Sider/side.aspx) (lastet ned 02.11.15)
12. Andresdottir AM, Eidem A: Roller i pasientforløpet - Behandlingsansvar. Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling. Sørlandet sykehus. Kristiansand. 2013.
13. Nordhelle F, Syrtveit SO, Åsland R: Hva innebærer koordinatorrollen i ARA?. Sørlandet sykehus. Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling. Kristiansand. 2014.
14. Oslo universitetssykehus Seksjon TSB: Rapportsammenstilling private samarbeidsparter innen TSB i Helse Sør-Øst 2013. Oslo. 2014.
15. Bergen kommune: Veien videre - bistand etter rusbehandling. Botreningsssenteret. Bergen. 2014. Available from: <https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/omsorg-trygd-og-sosiale-tjenester/avlastning-og-stotte/stottekontakt/veien-videre-bistand-etter-rusbehandling> (lastet ned 27.10.15)
16. Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandlingsreformen (Meld.St.47, 2008 -2009)
17. Haugum M, Iversen H: Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kunnskapssenteret. Oslo. 2014.
18. HelseDirektoratet: Veileder rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Oslo. 2015. Available from: <https://helseDirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon-9253> (lastet ned 30.11.15)
19. Stavanger kommune: Døgntilbud for unge rusmisbrukere Stavanger. Stavanger. 2010. Available from: <https://www.stavanger.kommune.no/Arkiv-aktuelt/Dogntilbud-for-unge-rusmisbrukere/> (lastet ned 28.11.15)
20. Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling: Dag/døgnbehandling. Sørlandet Sykehus. 2008. Available from: <http://avhengighetsbehandling.no/html/dogn-hoved.html#12-trinns> (lastet ned 28.11.15)
21. Helse- og omsorgsdepartementet: Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. (Meld.St. 30, 2012)
22. Sørlandet Sykehus: Områdeplan for psykisk helse Kristiansand. Sørlandet Sykehus. 2012. Available from: [http://www.sshf.no/omoss/\\_styret\\_/Documents/Styredokumenter%202012/2012-02-23/Styresak%20019-2012%20Vedlegg%20-%20Områdeplan%20KPH%20-%20januar%202012.pdf](http://www.sshf.no/omoss/_styret_/Documents/Styredokumenter%202012/2012-02-23/Styresak%20019-2012%20Vedlegg%20-%20Områdeplan%20KPH%20-%20januar%202012.pdf) (lastet ned 30.11.15)
23. Regeringen: Lov om pasient- og brukerrettigheter. 1999.
24. Regjeringen: Lov om spesialisthelsetjenesten med mer. 1999.
25. Regjeringen: Lov om helseforetak med mer. 2001.
26. Regjeringen: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 2011.
27. Torjussen E, Harwiss HL, Havnes IA: Brukermedvirkning i TSB - en myte? Oslo universitetssykehus. Oslo. 2014.
28. Havnes IA: Medvirkning, livskvalitet og behandlingsmål. *Rus & Samfunn*. 2014.

## Vedlegg 1

### Spørsmålsguide til avgiftingsenhetene, poliklinikkene og de private institusjonene

Enhetens /institusjonens oppgaver/rutiner i forbindelse med pasientforløpet når en pasient skal videre til behandling i privat institusjon

- innad i ARA
- mellom ARA og den private institusjonen

Hva mener dere er de andre aktørenes oppgaver og ansvar i forbindelse med overføringene?

Hvordan vil dere beskrive samarbeidet med de private institusjonene/ARA?

Hvordan vil dere beskrive samarbeidet med pasientene?

Hva tenker dere er utfordringer i pasientforløp fra ARA til videre behandling i privat institusjon?

Har dere noen forslag til forbedring? I tilfelle, hvilke?

## Vedlegg 2

### Spørsmålsguide til vurderingsteamet/vurderingskoordinatorer

Beskrive hvordan VUT jobber:

- vurdering av henvisninger og bestemmelse av behandlingsnivå
- grunnlaget for å bestemme viderehenvisning til privat institusjon
- kontakt og samarbeid med pasient og henviser

Hva er koordinatorens rolle/arbeidsoppgaver når en pasient viderehenvises til behandling i privat institusjon?  
- fra henvisning kommer til ARA og gjennom hele forløpet

Hva mener dere er de andre aktørenes oppgaver og ansvar i forbindelse med overføringene?

Hva tenker dere er utfordringer i pasientforløp fra ARA til videre behandling i privat institusjon?

Har dere forslag til forbedring? I tilfelle, hvilke?

## Vedlegg 3

### Spørsmålsguide til brukerorganisasjon

Beskriv hvordan prosessen fra henvisning til ARA og videre over i privat institusjon har blitt opplevd av brukere

Beskriv hvordan selve overgangene både innad i ARA og mellom ARA og de private institusjonene har blitt opplevd av brukerne (for eksempel hva som har fungert bra, hva som har fungert dårlig)

Hvordan har brukere opplevd samarbeidet mellom de ulike aktørene?

Hvilke utfordringer ser brukerne gjennom prosessen fram mot innleggelse i privat institusjon

Hva mener brukere er utfordringer ved overgangene?

Har dere noen forslag til forbedring? I tilfelle, hvilke?



FoU enheten  
v/Avd. for rus- og avhengighetsbehandling  
Sørlandet Sykehus HF  
P.b. 416  
4604 Kristiansand  
Tlf: 38 13 26 00

[www.avhengighetsbehandling.no](http://www.avhengighetsbehandling.no)

ISBN 978-82-91191-27-0

