

Pernille Næss
Margrethe Aaen Erlandsen
og Tommy Sjøfjell

Akutte tjenester for rusmiddelavhengige

Erfaringer fra et nasjonalt prosjekt



Nasjonale kompetansetjeneste TSB
Skriftserie nr 3, 2019

Ansvarlig utgiver:
Guri Spilhaug
gurspi@ous-hf.no

© Nasjonale kompetansetjeneste TSB

Adresse:
Nasjonale kompetansetjeneste TSB
Postboks 4959 Nydalen
0424 Oslo

tsb@ous-hf.no
Telefon 469 59 791
www.tsb.no

ISBN: 978-82-999613-4-9

Skriftserie nr 3 2019 er dokumentasjon
fra prosjektet Akutte tjenester i TSB

Redaksjonen har bestått av:
Margrethe Aaen Erlandsen, redaktør
Pernille Næss, prosjektleder
Eva Sørli, opplæringsansvarlig
Merete Berg Toreg, designer
Tone Øiern, kommunikasjonsrådgiver
Tommy Sjøfjell, brukerrepresentant

Redaksjonen avsluttet 13.12.2018

Design:
Designlaboratoriet, Oslo

Bilder:
Fotograf Dimitri Koutsomytis
(hvis ikke annet nevnt)

Trykk:
Byråservice AS, Billingstad

Nasjonale kompetansetjeneste TSB

Nasjonale kompetansetjeneste TSB er en kompetansetjeneste i spesialisthelsetjenesten som gir kunnskapsstøtte til tjenesteytere, pasienter og brukere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Kompetansetjenesten er etablert for å bygge opp og spre kompetanse om tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet. Tjenestens overordnede mål er å bidra til at pasientene får tilgang til likeverdige og kunnskapsbaserte spesialisthelsetjenester.

Tjenesten drives av Oslo universitetssykehus på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og er organisert i sykehusets avdeling for rus- og avhengighetsbehandling. Resultater fra prosjekter dokumenteres gjennom tjenestens skriftserie.

Innhold

Akutte tjenester for rusmiddelavhengige	2
Status for akutte tjenester i norske sykehus	3
Begreper på akuttområdet	5
Pasientforløp i akutte tjenester	6
Slik vil rusmiddelavhengige bli møtt når det haster!	7
Når har rusmiddelavhengige behov for akutte tjenester?	9
Hva sier lovverket?	10
Anbefalinger om god faglig praksis i rusakutte tjenester	11
Tall og fakta om akutte tjenester	12
Pasienten som ingen ville ha	15
Slik tilbys akutte tjenester i TSB	17
Kommunale rusakutte tjenester	21
Hva kjennetegner et godt rusakutt tilbud?	22
Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve!	24
Vedlegg	26
Kilder	28

Akutte tjenester for rusmiddel- avhengige



Spesialisthelsetjenesten plikter å yte helsehjelp. De regionale helseforetakene har siden 2007 vært pålagt å utpeke det nødvendige antall behandlingsplasser for pasienter med behov for akutt helsehjelp (øyeblikkelig hjelp) innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Hva skiller akutte tjenester i TSB fra andre akutt-tjenester i spesialisthelsetjenesten? Ruslidelse er et sammensatt helseproblem og berører kropp og sinn. Akutte krisesituasjoner for en ruspasient kan oppstå av ulike årsaker, og behandlingen i den akutte fasen må ivareta alle aspekter. Kriterier for øyeblikkelig hjelp i TSB kan være at pasienten er gravid, at pasientens generelle allmenntilstand er dårlig på grunn av rusmiddelbruk eller abstinenser, men også at pasienten står i akutt fare for å tape viktige sosiale relasjoner, arbeid og funksjonsnivå. En av grunnene til at behovet for akutte tjenester i TSB ofte er prekært, er nettopp at ruslidelser rammer både pasienter og familier.

Hvordan er tilbudene organiserte? De regionale helseforetakene er etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 annet ledd pålagt å utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner til å motta øyeblikkelig hjelp i TSB. Helseforetakene kan selv avgjøre hvordan de skal tilby akuttberedskapen i TSB, herunder hvor mange behandlingsplasser som skal utpekes for å oppfylle denne beredskapen og hvor de skal lokaliseres. Oppgavene blir ulikt løst fra foretak til foretak. Denne utgaven av Nasjonal kompetansetjeneste TSB sin skriftserie oppsummerer de ulike erfaringene som er samlet inn i prosjektet «Akutte tjenester i TSB». Prosjektet hadde tre målsettinger:

- 1) Oppsummere status for akutttilbudet gjennom kartlegging, for å kunne peke på hva som kan kjenne-tegne et godt akutttilbud.

- 2) Tilrettelegge for erfaringsutveksling ved å oppsummere og synliggjøre konsekvensene av ulike måter å tilby akutte tjenester på for pasienter med rus- og avhengighetslidelser.
- 3) Formulere suksesskriterier om ulike måter å organisere akutttilbud på slik at alle brukere opplever å ha tilgang til et godt og likeverdig tilbud.

Hva er så suksesskriterier i et akutttilbud? Hvordan samsvarer de med brukere og pårørende sine ønsker? Hvordan samsvarer de med retningslinjer? Dette prøvde vi å svare gjennom workshop og intervjuer med pasienter og ansatte, erfaringer fra samarbeidspartnere, samt synspunkter som ble fremmet i et nasjonalt erfaringsseminar.

Jeg vil takke alle som har bidratt i prosjektet i form av å sette av tid til intervju eller dele av sine erfaringer i workshops. Jeg håper denne skriftserien fra prosjektet kan bidra til å underbygge behovet for akutte tjenester i TSB, samt gi grunnlag for diskusjon om hvordan best møte dette behovet, med suksesskriteriene i bakhånd.

Guri Spilhaug
Leder Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Oslo universitetssykehus HF

Status for akutte tjenester i norske sykehus

Rundt halvparten av helseforetakene hadde ikke opprettet noen form for rusakutttilbud i 2015.



Av Pernille Næss
Prosjektleder

Dette kom frem av en kartlegging som Helsedirektoratet gjorde som forarbeid til Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2016). Helsedirektoratets kartlegging ble utgangspunkt for prosjektet Akutte tjenester i TSB, og i perioden januar 2017 til mars 2018 intervjuet vi representanter fra helseforetak som ifølge denne kartleggingen hadde et

rusakutttilbud (se kart). Siden da har flere aktører gått i gang med å etablere nye akutte tjenester.

Prosjektet Akutte tjenester i TSB

Nasjonal kompetansetjeneste TSBs prosjekt Akutte tjenester i TSB (2017-2018) hadde som formål å beskrive erfaringer med ulike måter å tilby akutte tjenester i TSB. Bruker- og pårørenderepresentanter ble samlet i fire workshops for erfaringsutveksling og diskusjon. I desember 2017 avholdt prosjektet et nasjonalt erfaringsseminar der klinikere i første- og andrelinjetjenesten, ledere, brukerrepresentanter og helsemyndigheter bidro med innlegg og i debatt.

Rusakutttilbud kartlagt av Helsedirektoratet, 2015

Helse Midt: Senger i psykiatrisk akuttpost Levanger

Helse Midt: Rusakuttmottak, St.Olavs hospital

Helse Midt: Senger i TSB Ålesund

Helse Vest: Akuttpost ved legevakt til fleksibelt bruk TSB, somatikk, psykisk helsevern, Helse Bergen

Helse Vest: Senger ved psykiatrisk akuttavdeling i Helse Fonna

Helse Vest: Rusakuttmottak, Rogaland A-senter

Helse Sør-Øst: Kriseplass ved to avrusningsenheter Akershus universitetssykehus

Helse Sør-Øst/Oslo kommune: Todelt løsning Oslo legevakt og rusakuttmottak Oslo universitetssykehus

Helse Sør-Øst: Øyeblikkelig hjelp gis av psykisk helsevern Telemark

Helse Sør-Øst: Akutte behov ivaretas av psykisk helsevern i Arendal og Kristiansand og ambulante akutt team

Som prosjektleder er min erfaring at pårørenderepresentanter er den gruppen som kanskje er mest opptatt av å få på plass akutte tilbud. Mange pårørende opplever at de avverger kriser nesten konstant, og at de noen ganger trenger en avlastning.

Brukernes tilbakemeldinger på eksisterende rusakutt tilbud kan oppsummeres slik:

- Brukerne opplever liten sammenheng og kontinuitet i tjenestetilbudet.
- Mange (men ikke alle) opplever det som meningsløst med akutttilbud som ikke gir noen vei inn i videre avrusning eller oppfølgende behandling.
- Mange brukere rapporterer om dårlige holdninger – særlig «svingdørspasienter».
- Mange opplever for stort fokus på det medisinske aspektet, og at det i realiteten er lite tverrfaglighet.
- Mange kvier seg for å oppsøke legevakten, noe som kan skape problemer med tanke på henvisningskrav inn til akutte TSB-tjenester.

Foreløpig tyder data fra Helsedirektoratet og erfaringer samlet i vårt prosjekt på at det er et godt stykke igjen for

Prosjekt Akutte tjenester i TSB

- Ble gjennomført i 2017–2018.
- Utførte intervjuer med ansatte i akutte tjenester som er med i en kartlegging Helsedirektoratet gjorde i 2015.
- Samlet brukere og pårørende i workshops regionvis for erfaringsinnhenting.
- Beskriver ulike måter som helseforetakene sørger for pålagt oppgave.

tilbudet om akutt rusbehandling og øyeblikkelig hjelp til ruspasienter er godt nok ivaretatt i alle deler av landet. Ingen av de kartlagte tilbudene ser ut til å være like. Verken modell, tilnærming eller målgruppe for akuttbehandling er lik fra ett sted til et annet. Langt fra alle modellene gir tilgang til for eksempel rusfaglig kompetanse. Ofte er akutttilbudet helt løsrevet fra resten av TSB, noe som minsker muligheten for videre behandlingsforløp i TSB.

Jeg vil takke alle som har bidratt i prosjektet. En spesiell takk til Karoline Rudlang, Line Eikenes Langsholt og Eva Pay som har bidratt i ulike faser.



Begreper på akuttområdet

Hva er TSB?

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) er den norske betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. At de er spesialiserte betyr at de skal fylle krav til helsetjenester på spesialistnivå.

Tilbudene i TSB kan bestå av poliklinisk behandling, dagbehandling, ambulante tjenester, døgnbehandling i akutt- og avrusningsenheter, korttids- og langtidsbehandling i behandlingssenheter, institusjonsplasser der rusavhengige kan holdes tilbake uten eget samtykke (tvang), samt legemiddelassistert rehabilitering (LAR) som er en egen behandlingsmodell for opioidavhengige.

Hva er avrusning?

Avrusning innebærer medikamentelle, medisinske, miljøterapeutiske og sosiale tiltak for å minske symptomene i avrusnings- og abstinensfasen når inntaket av rusmidler opphører.

Hva er elektiv behandling?

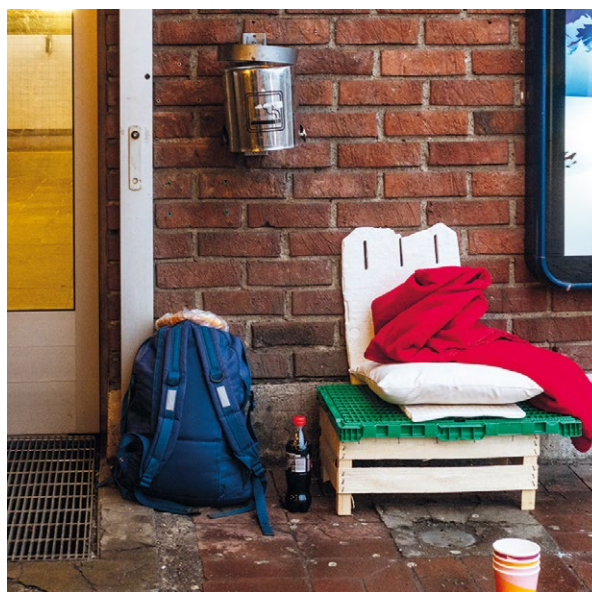
Elektiv behandling er planlagt behandling som utføres på et forhåndsbestemt tidspunkt. Ved behov for planlagt behandling skal pasienten henvises til TSB som gjør en tverrfaglig vurdering og beslutter om pasienten har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Hva er akuttmedisin?

Raskest mulig kvalifisert medisinsk diagnostikk, behandling og/eller overvåking for å hindre tap av liv, lidelse eller varig funksjonssvikt ved akutt oppstått sykdom, akutt forverring av eksisterende sykdom eller skade.

Hva er akuttbehandling ved avhengighet («rusakutt»)?

Raskest mulig kvalifisert tverrfaglig diagnostikk, behandling og/eller overvåking for å hindre alvorlig helseskade,



lidelse, tap av relasjoner eller varig funksjonssvikt i en akutt rusrelatert krise.

Hva er KAD?

Kommunale akutte døgnplasser (KAD) er tilbud om observasjon, behandling og tilsyn der tilstanden ikke krever innleggelse i sykehus. Ordningen er etablert i norske kommuner i kjølvannet av Samhandlingsreformen.

Hva er konsultasjons-liaontjeneste?

Et forpliktende samarbeid mellom ulike fagområder i spesialisthelsetjenesten eller fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse- og velferdstjenester.

Pasientforløp i akutte tjenester

Hvem er den typiske pasient i akutte tjenester? Hvordan kan forløpet i og etter akuttilbudet være?¹



Ahmed 19 år

Ahmed ble innlagt til døgnbehandling ved en langtidsinstitusjon i TSB. Han var på treningsreise/permisjon en helg, og møtte ikke til avtalt tidspunkt etter permisjon.

Etter noen dager fikk behandlingsenheten kontakt med Ahmed. Han hadde da ruset seg på amfetamin og diverse andre rusmidler, også heroin.

Ahmed ble henvist til rusakuttmottaket for innleggelse inntil 48 timer i observasjonsseng.

Han kom tilbake til døgnbehandlingsenheten umiddelbart etter denne innleggelsen.



Pål 40 år

Pål er i fast jobb, gift og har to barn. Han har hatt høyt alkoholforbruk fra tidlig i 20-årene, men opplever ikke selv at dette er problematisk.

Han hentes av ambulanse ved ankomst med danskebåten om morgenen. Da er han overstadig beruset, og ikke i stand til å ivareta seg selv.

Etter rask vurdering på Legevakten, overflyttes han til rusakuttmottaket for videre utredning og observasjon. Han utskrives etter 48 timer.

Pål får time på ruspoliklinikk for videre utredning og eventuell behandling. Poliklinikk gjøres spesielt oppmerksom på at pasienten har to små barn.

Epikrise sendes til fastlege.



Lise 24 år

Lise blir kjørt til Legevakten av ambulanse. Hun har hatt to opiatoverdoser siste uken, uten suicidal hensikt. Hun bruker diverse rusmidler, avhengig av hva hun til enhver tid har tilgang til.

Personell på Legevakten oppfanger at hun har endret rusmønster den siste tiden, og at hun nylig har opplevd en overgrepssituasjon. Hun er i en personlig krisesituasjon.

Hun henvises til rusakuttmottaket hvor hun innlegges i observasjonsseng og substitusjonsbehandling bidrar til gjennomføring.

Dagen etter innlegges hun avgiftningsenheten for videre avgiftning og utredning.

¹ Eksempelene kan synliggjøre hvordan eksisterende og nye tjenestetilbud kan kobles sammen for å bidra til sammenhengende pasientforløp, slik at riktig pasient kan få riktig behandling til riktig tid.

Casene baserer seg på eksempler fra rapporten *Rusakutt i Oslo* fra Helse Sør-Øst, 2009

Slik vil rusmiddelavhengige bli møtt når det haster!²

Et hovedpoeng er hvordan man blir møtt når man er i krise. Det skal skje på en respektfull måte. Det er brukeren som må definere hva som er krisen! Mange lever marginalt hele tiden, og når de sier det er krise, så ER det krise!

Jeg ønsker meg en døgnåpen legevakt som tar imot ruspasienter med åpne armer og respekt, omsorg og som kan hjelpe dem.

Poenget er å få på plass et akutttilbud som ivaretar selve øyeblikkelig hjelp-behovet. Det er ikke opplagt at et videre løp med sikte på rusfrihet er målet for alle.

Vi må ha virkeliggjøring av gode faglige retningslinjer og like helsetilbud uavhengig av sykdom og hvor man bor.

Vært innlagt i behandling 10 ganger på 12 år. Pleide å si at det ikke var noe for meg – men det var jo en unnskyldning, og ingen tok det opp eller snakket om det. Så det hadde jo spart mye om noen hadde tatt seg tid til å snakke ordentlig. Det er jo et lag som det tar tid å komme gjennom. Mye forsvar. Overlevelsesmekanismer man har utviklet gjennom lang tid. Hvorfor vet ikke folk som jobber i systemet det?

Jeg har ofte opplevd at jeg ikke blir hørt og forstått i behandlingsapparatet. Jeg trenger jo å bli motivert og å bli snakket ordentlig med, selv om jeg kan fremstå som en som ikke vet hva jeg vil og at jeg er sliten og ikke orker mer, særlig i en krisesituasjon. Og i en krise da trenger jeg jo ekstra mye hjelp til å få orden på kaoset i hodet, og til å orientere meg i systemet. Opplevelsen av å bli møtt og ivaretatt er det viktigste av alt!

Hva jeg ønsker meg? En dør inn, og noen bak den døra som kan motivere og veilede i det forvirrende systemet, og at det blir sømløse overganger og mulighet til å komme inn i et avrusningsforløp. Ikke pause mellom akutt og avrusning, og avrusning og døgntilbud, da sprekker man jo!

Noen trenger et sted å lande, litt mat og hvile osv. Det er greit, men det er jo ikke behovet til flertallet. Vi trenger motivasjon! Og én dør inn i behandlingsapparatet.

² Sitatene er hentet fra brukere og pårørende som har deltatt i workshop eller erfaringsseminar i prosjekt Akutte tjenester i TSB.



Når har rusmiddelavhengige behov for akutte tjenester?

Graviditet, behandlingsavbrudd, forgiftninger, overdoser, delir, abstinens, selvmordsfare, svikt i omsorgsevne for barn. Dette er eksempler på tilstander og situasjoner der akuttbehandling i TSB er aktuelt.

I Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (Helsedirektoratet, 2016) anbefales at akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp skal gis ved:

- vurdering av at akutt intervensjon er påtrengende nødvendig
- rusmiddelbruk under graviditet
- rusmiddelinntak som utgjør en umiddelbar fare for eget liv og helse
- fare for alvorlige abstinensreaksjoner
- rusmiddelinntak som gir atferdsendring, og som medfører fare for liv og helse for seg selv eller andre
- akutt fare for alvorlige relasjonsbrudd, sosiale konsekvenser eller funksjonsfall.

Alle rusmiddelavhengige skal møtes med et utgangspunkt om at de har behov for akutthjelp. Rusmiddelavhengige må sikres tilgang til raskere hjelp på alle nivåer. Målet må være at de som ønsker det, får tilbud om hjelp uten unødig opphold, ifølge Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020).



©Synne Dahl

«Akutttilbudet» i mange familier består av de pårørende selv, der abstinenser og annen kompleks problematik takles på hjemmebane.

– Marius Sjømæling, Barn av rusmisbrukere



I behandling av rusavhengighet er det spesielt viktig at pasientforløpene er sammenhengende. Rusmidler påvirker hjernen slik at motivasjon for å gjøre endringer svekkes. Hos en rusmiddelavhengig overstyres bruk av

rusmidler vanlig fokus, og verdiorientering og motivasjon for behandling kan veksle. Det er derfor viktig at pasientene støttes i sin ambivalens og får intervensjoner som hjelper dem til å gjennomføre sine mål. Avbrudd i behandling i tidlig fase ved avhengighet fører lett til tilbakefall og kan bidra til å skape gjengangerproblemer. Akutt-tjenester i TSB kan redusere kriser og bør ha fokus på å motivere pasienten til videre tiltak for å øke rusmestringen.

– Rune Tore Strøm, legespesialist i rus- og avhengighetsmedisin, Oslo universitetssykehus



© Merete B. Tøreg

Hva sier lovverket?

Pasientens rett og spesialisthelsetjenestens plikt når det er akutt

Øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten er en pasientrettighet som personer med ruslidelser har etter pasient- og brukerrettighetsloven (§ 2-1b). Retten til øyeblikkelig hjelp innebærer at spesialisthelsetjenesten plikter å yte helsehjelp til pasienter som trenger TSB, når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig (spesialisthelsetjenesteloven § 3-1).

Innholdet i tilbudet

Innholdet i plikten til å gi akutt/øyeblikkelig rusbehandling er presisert i lovens forarbeider (Ot.prp. nr. 53 2006-2007). Det fremgår her at pasienten skal tas imot *straks* dersom det ut i fra de foreliggende opplysninger må antas at den hjelpen som institusjonen eller avdelingen som er utpekt kan gi, er påtrengende nødvendig. Det vil si at pasienten har et akutt/øyeblikkelig behov for helsehjelp for sin rusavhengighet og det ikke vil være forsvarlig at pasienten henvises til å følge de ordinære prosedyrene for inntak.

Hvor det vurderes at personen er i behov av øyeblikkelig hjelp er det ikke krav til henvisning slik det er for planlagte henvisninger som skal rettighetsvurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Her er det pasientens tilstand som avgjør om akutt rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er påtrengende nødvendig.

Sørge for-ansvaret

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-1 pålegger de regionale helseforetakene å utpeke helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner som skal yte denne typen helsehjelp:

(...) Regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med tilsvarende plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp, og pasienter som trenger tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

I et rundskriv har Helsedirektoratet (2013) presisert hva ansvaret innebærer for den institusjon/avdeling som er utpekt til å ha et ansvar for akutt behandling av rusavhengighet:

Plikt til å motta omfatter også nødvendig undersøkelse og behandling for å avverge den akutte fase så langt dette er mulig ut fra tilgjengelig bemanning, kompetanse og utstyr. Det kreves ikke at pasienten skal ferdigbehandles. Pasienten kan overføres til annen institusjon når det ikke lenger foreligger akutt fare.

“

Venting er skummelt, for er det én ting vi som brukere er forferdelig dårlige på, så er det å vente. Vi handler på impuls, og hvis du har et system der det er mye venting, så vil du få veldig mye drop-out. Vi må ikke kunne velge, det er viktig å komme inn med én gang. Motivasjon er ferskvare, og akkurat i den fasen der, så er det fryktelig ferskvare óg.

– Bruker om ventetid på rusakuttmottak (SINTEF, 2015)

”

Anbefalinger om god faglig praksis i rusakutte tjenester

Norske anbefalinger om akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp handler i stor grad om en tverrfaglig tilnærming.

Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (Helsedirektoratet, 2016), gir anbefalinger om hvilke pasienter som først og fremst bør få et tilbud innenfor psykisk helsevern eller somatisk og hvilke pasienter som har rett til akutt/øyeblikkelig hjelp fra TSB innenfor gjeldende rettslige rammer. I begrunnelsen for retningslinjen vektlegges følgende:

Dersom rusmiddelbruk er dominerende i sykdomsbildet og det ikke foreligger alvorlige psykiske eller somatiske lidelser, (...) må det gjøres en tverrfaglig vurdering, og pasienten må gis helsehjelp i TSB dersom hjelpebehovet er påtrengende nødvendig.

Retningslinjen er en støtte for å klargjøre når personer med rusmiddelproblemer har rett til øyeblikkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (se kriterier for akutt/øyeblikkelig behandling av pasienter som bruker rusmidler i vedlegg).

Retningslinjen gir også faglige anbefalinger knyttet til de vurderinger og undersøkelser som bør foretas ved akuttmottak av pasienter med rusmiddelproblemer. Den tydeliggjør at akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp handler om en tverrfaglig tilnærming, med et bio-psyko-sosialt perspektiv:

Ved akuttmottak av pasienter med rusmiddelproblemer bør følgende undersøkelser foretas:

- Undersøkelse og vurdering av rusmiddelbruk og annen avhengighet
- Undersøkelse og vurdering av somatisk helse
- Undersøkelse og vurdering av psykisk helse
- Undersøkelse og vurdering av aktuell sosial situasjon (arbeid, utdanning, økonomi, bolig og sosiale forhold, barn og nettverk (privat og profesjonelt)
- Inntakstprøver
- Vurdering av eventuell forgiftning

! VISSTE DU AT ...

Nasjonale faglige retningslinjer er anbefalinger om god faglig praksis basert på hva forskning, klinisk behandling og brukererfaring vurderer som beste praksis når de blir skrevet.

Hva betyr «skal» og «bør» i retningslinjen?

Anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler har ulik styrke. Med styrke menes grad av sikkerhet for nytteverdien av det å følge anbefalingen.

I en retningslinje formuleres anbefalinger i form av «skal», «bør» eller «kan»-setninger, der de to første gjerne omtales som sterke anbefalinger.

- «Skal»-anbefalinger er ofte begrunnet i lovverk, slik at å ikke følge dem betyr lovbrudd.
- «Bør»-anbefalinger er sterkt faglig begrunnet. Hvis du ikke følger en bør-anbefaling, må du begrunne dette spesifikt i journalen.
- «Kan»- og «Det foreslås»-anbefalinger er svakere anbefalinger. De anbefales, men uten at det er sterke kunnskapsmessige belegg for nytteverdien av dem.



– Gabrielle Welle-Strand, tidligere seniorrådgiver ved Helsedirektoratet

Vi har et godt stykke igjen før tilbudet om akutt rusbehandling og øyeblikkelig hjelp til ruspasienter er godt nok ivaretatt i alle deler av landet og at Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler er implementert.

Tall og fakta om akutte tjenester

Øyeblikkelig hjelp i TSB

- Øyeblikkelig hjelp-beredskapen i TSB er styrket de seneste årene og utføres i første rekke av helseforetakene. Blant de private tilbyderne av TSB, er det i praksis bare Rogaland A-senter som tilbyr øyeblikkelig hjelp.
- I 2016 var én av fire innleggelser i TSB øyeblikkelig hjelp-innleggelser.
- I Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge var andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelser 30 prosent av TSB-innleggelsene i 2016. Ved helseforetakene i Helse Nord, hvor psykisk helsevern og somatisk sektor trolig tar hånd om deler av akuttilbudet, var bare seks prosent av innleggelsene i TSB øyeblikkelig hjelp-innleggelser.
- Median varighet av døgnerbehandling som startet som øyeblikkelig hjelp-innleggelse i TSB var fem døgn, og 95 prosent av behandlingene ble avsluttet innen fire uker.
- 12 prosent av de som fikk døgnerbehandling i helseforetakene i TSB i 2014 ble direkte overført til opp-

følgende behandling ved privat foretak i TSB eller psykisk helsevern.

- To av tre pasienter som ble utskrevet fra øyeblikkelig hjelp i TSB i 2016 hadde ny kontakt med TSB eller psykisk helsevern innen 30 dager.
- I 2015-2016 hadde halvparten av de utskrevne pasientene poliklinisk kontakt med TSB etter utskrivning. De som ble utskrevet fra døgnerbehandling for alkoholbruk eller for bruk av flere rusmidler mottok i mindre grad poliklinisk oppfølging etter utskrivning enn de som ble behandlet for problemer knyttet til illegale rusmidler.

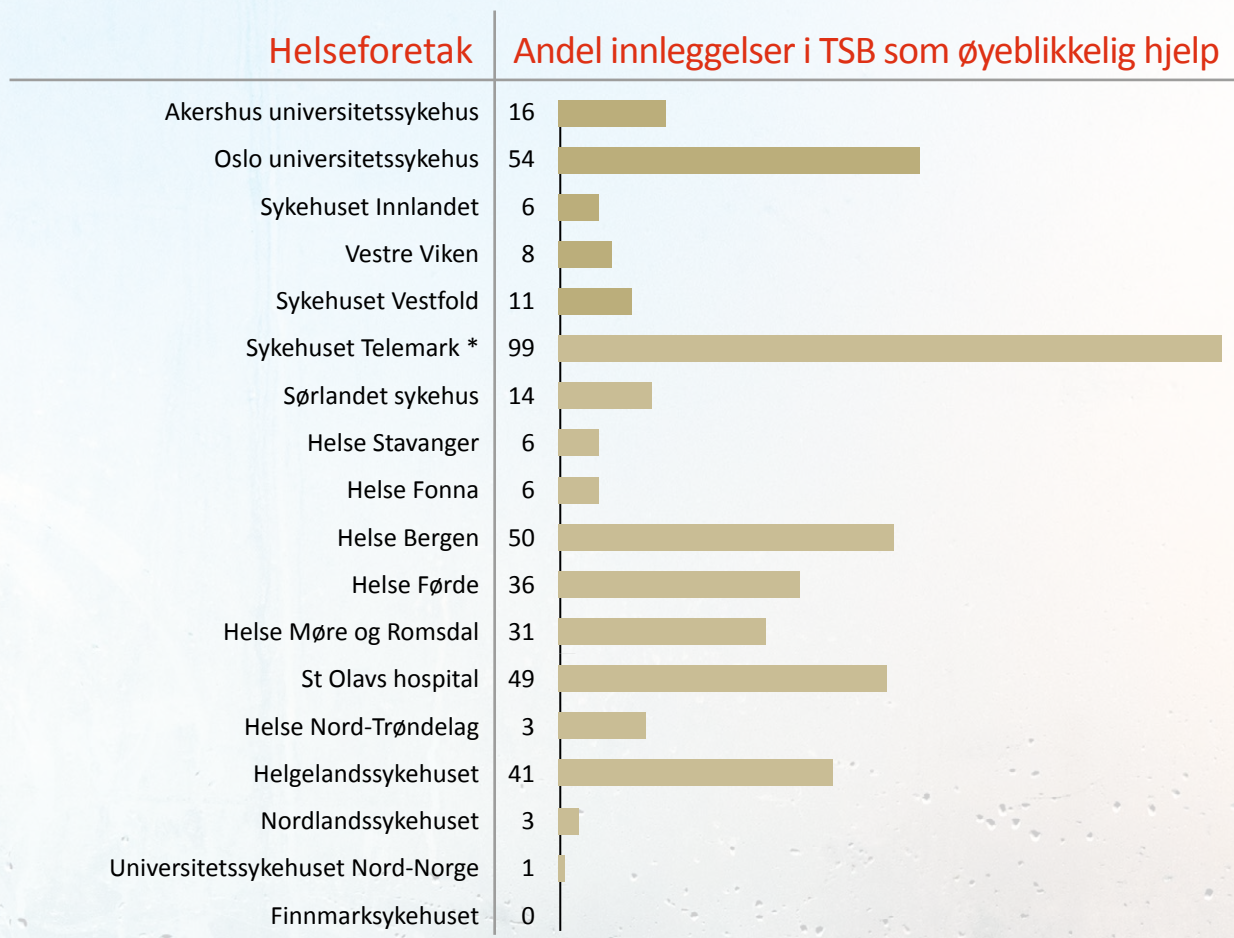
Kilder:

Samdata spesialisthelsetjenesten 2016 (kapittel 10 i hovedrapport basert på datagrunnlag 2014-2015)

Analysenotat 08/17 basert på datagrunnlag fra 2016

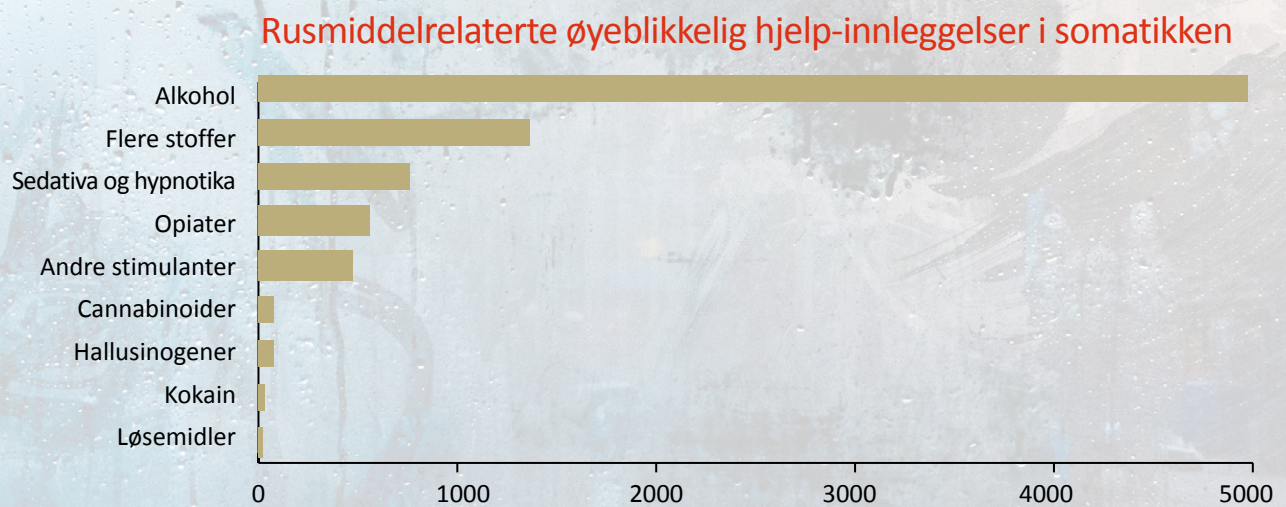
Analysenotat 02/18 basert på datagrunnlag 2015-2016





* Sykehuset Telemark hadde i 2017 rusakuttenger i akuttpsykiatrisk avdeling. Ingen elektive behandlingsplasser.

Kilde: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling Samdata spesialisthelsetjenesten Uttrekk for 2017 (nettside)



Kilde: NPR: Øyeblikkelig hjelp somatiske sykehus 2017.

ICD-10 – kap F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
N=8352



Pasienten som ingen ville ha

Fastlegens rolle i akutte tjenester



Av fastlege
Andreas Saxlund Pahle
Bolteløkka legesenter Oslo

Fredag etter lunsj satt jeg halvannen time i telefonen, med fem forskjellige leger fordelt på fire forskjellige sykehus, i et fånyttets forsøk på å få lagt inn en pasient med kraftige heroinabstinenser til forsvarlig behandling. Noen dager før hadde pasienten brått sluttet å røyke heroin. Nå kjente han seg syk. Skikkelig syk. Å gå cold turkey er ikke noe man dør av, men noen sier det er som om kroppen dør, der de ligger med kraftige magekramper, temperatursvingninger, kvalme, uro og angst. Tidligere på dagen var han blitt hentet i Oslo av foreldrene sine og kjørt hjem til dem, til en middels stor by på Østlandet, et par timers kjøretur fra Oslo.

All forskning tilsier at kraftige heroin- og opiatabstinenser bør håndteres av helsepersonell, men først og fremst er dette et etisk spørsmål. Sagt på en annen måte: Er det i det hele tatt tenkbart i et samfunn som vårt ikke å tilby en eller annen form for smertelindring til et menneske som, uavhengig av årsak, lider stor nød? Behandlingen av slike abstinenser er å tilføre kroppen opiatet i form av metadon eller tilsvarende preparat, for så å trappe forsiktig ned. Av forsvarlighetshensyn bør denne behandlingen skje på institusjon, men den kan også gjøres poliklinisk i enkelte tilfeller. Helse- og omsorgsdepartementet presiserte i et rundskriv fra 2007 at det er de lokale helseforetakenes plikt å finne plasser til pasienter med akutt behov for rusbehandling. En av årsakene til akuttbehov er kraftige abstinenser.

Fordi pasienten ikke hadde bostedsadresse i Oslo og nå befant seg hos foreldrene sine, ringte jeg til det

lokale rusteamet der. De kunne ikke ta ham imot som øyeblikkelig hjelp; de hadde bare planlagte avrusninger. Jeg ble henvist videre til psykiatrien, men de sa de heller ikke hadde kompetanse for disse problemstillingene. Så ble jeg overført til et annet psykiatrisk sykehus – som henviste meg tilbake til den første. Rusakuttmottaket på Aker i Oslo tipset meg om at dersom helseforetaket ikke har organisert seg slik rundskrivet anbefaler, så skal slike pasienter legges inn på den lokale indremedisinske avdelingen. Men på det lokale sykehusets indremedisinske avdeling var ikke dét en særlig velkommen idé. Overlegen hadde aldri en gang hørt om en lignende problemstilling, og dessuten hadde de ikke metadon på det sykehuset! De visste heller ikke hvordan de skulle dosere det, så de kunne ikke hjelpe. Forvakten hans beklaget seg også og avsluttet med å si at hun måtte tilbake til akuttmottaket – som var fullt opp av syke mennesker (sic). Tilslutt endte det med at Rusakuttmottaket på Aker tok ham i mot, selv om han nå var langt utenfor deres nedslagsfelt.

I følge loven har jeg innleggelsesrett og kunne tvunget en vurdering i akuttmottaket gjennom. Men da jeg ringte pasienten for å drøfte saken med ham, følte han seg ikke akkurat velkommen på lokalsykehuset og takket nei til det. Det er lett å skjønne hvorfor.

Historien er dessverre ikke unik. Jeg er fastlege for flere tidligere heroinister som nå får behandling med metadon eller tilsvarende preparat. De har som resten av oss ulike mål for seg selv og sin egen helse. Men felles for alle jeg har snakket med, er at de i perioder av livet sitt har vært svært sårbare og marginalisert, og de aller fleste har opplevd at helsevesenet har stengt dørene i ansiktet på dem når de har trengt hjelpen som mest. De har opplevd et helsevesen hvor de har falt mellom alle stoler, og hvor de etterhvert har følt seg som en byrde. Mange av dem har mistet troen på systemet – og på hjelp. Og når den viktigste kapitalen i helsefaget – til-liten – er borte, er det vanskelig å yte god helsehjelp.

Problemet kan tolkes som et strukturelt ett: Til syvende og sist er det ledelsen ved de regionale helsefor- etakene som har ansvaret for å sikre god helsehjelp ved sine sykehus og de har feilet når det ikke engang . Men samtidig tenker jeg at det handler om noe mer grunn- leggende, nemlig holdningene en del helsepersonell har til pasienter med rusproblemer, eller pasienter som ikke passer inn, som oppfattes som en byrde, som er van- skelige. Vi snakker sjelden om disse holdningene eller om helsevesenets verdier, men desto mer om produk-

sjonskrav, effektivitet og målstyring. Vi oppretter siloer for alle mulige tilstander og lager sømløse pasientløp for hver enkelt av dem, med flytskjemaer og det hele. Helsevesenet transformeres gradvis til en forutsigbar fabrikk. Som for mange sikkert oppleves godt og trygt. Med unntak av dem som ikke passer inn i slike løp, da. De som ingen vil ha.

(Pasienten som omtales har lest og godkjent kronikken)

ØGNÅPENT

I en akuttsituasjon er det nærliggende å oppsøke legevakten for å få hjelp til behandling eller for en viderehenvisning. Imidlertid formidler mange brukere som har deltatt i prosjektets workshop at de spesielt på legevaktene opplever dårlige holdninger til brukere med rusproblematikk, og at mange brukere kvier seg for å gå på legevakten fordi de opplever å ikke bli tatt på alvor.



Slik tilbys akutte tjenester i TSB

På hvilke måter sørger helseforetakene for akutte tjenester til pasienter med rus- og avhengighetslidelser? Hva legger de i akuttbegrepet og hvilke brukergrupper nås? Prosjekt Akutte tjenester i TSB har fått svar fra brukere og klinikere i hele landet.

Den nasjonale helsepolitikken har som mål at alle pasienter skal ha gode og likeverdige helsetilbud. Det gjelder også for rusakutttilbudet. Samtidig er det vanskelig å tenke seg at én modell skal kunne fungere i alle helseforetak.

Forklarbare ulikheter

Helseforetakene organiserer tilbudet om TSB ulikt, og har ulikt samarbeid mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB. Sammensetningen av befolkningen varierer fra område til område, og det samme gjør omfanget av rusmedisinske behov og tilgang på fagpersonale. I tillegg har geografiske forhold stor betydning. Mange helseforetak dekker store områder, der mange pasienter har lang reisevei. Andre helseforetak har kortere geografiske avstander, men desto større befolkningsgrunnlag. En annen kilde til ulikhet er at noen kommuner har lavterskeltilbud, andre ikke. Tilbud om gode og likeverdige tjenester om rusakutt helsehjelp i tråd med den nasjonale helsepolitikken, må derfor utformes på ulike måter i ulike kontekster.

Fem kategorier

På vegne av prosjektet møtte og intervjuet lege og daværende prosjektleder Pernille Næss klinikere og brukere og pårørenderepresentanter. Ledere for akutte tjenester i ti helseforetak ble intervjuet og brukerrepresentanter ble invitert til å legge fram sine erfaringer og synspunkter på tilbudene i fire regionale workshops. En ambisjon var å finne fram til suksesskriterier og utfordringer knyttet til ulike måter å tilby rusakutt hjelp.

Kartleggingen synliggjør at foretakene organiserer tilbudene om rusakutt helsehjelp på fem ulike måter, men at tilbudene innenfor samme kategori kan være innbyrdes ulikt organiserte.

- Rusakuttmottak
- Akuttplasser i etablerte avrusnings- og stabiliseringsenheter
- Øremerkede døgnplasser i enheter for døgnbehandling i psykisk helsevern
- Rusakuttplasser i somatikken
- Akutttilbud ved ruspoliklinikker

Egne rusakuttmottak

De tre rusakuttmottakene i Oslo, Bergen og Trondheim er også ulikt organisert. Felles er imidlertid at de er tilgjengelige hele døgnet. I Oslo er tilbudet tverrfaglig bemannet av ansatte med sosialfaglig, sykepleiefaglig, psykologisk og medisinsk kompetanse, mens i Bergen og Trondheim består bemanningen av leger og sykepleiere.

I praksis mottar de tre norske rusakuttmottakene litt ulike målgrupper. I Oslo og Trondheim henvises mange av pasientene fra somatiske avdelinger, og en høy andel av pasientene har alkoholrelatert problematikk. I Bergen spesialiserer det rusakutte tilbudet seg på overdoseoppfølging, selv om det også mottar andre pasientgrupper.

Forskning som er gjort på oppdrag fra Prosjekt Akutte tjenester i TSB peker på at rusakuttmottak etter «Oslo-modellen» forutsetter et relativt stort pasientgrunnlag, og krever stor tilgang på spesialisert rusfaglig og medisinsk kompetanse (SINTEF, 2015).

Brukere og pårørende som har deltatt som informanter i prosjektet fremhever fordelene at ansatte har rusfaglig og rusmedisinsk kompetanse og er spesialiserte til oppgaven. I tillegg er de fleste brukerne opptatte av å få sosialfaglig hjelp til for eksempel problematikk rundt NAV, bolig og familieforhold, og mange sier at de trenger mer hjelp til å bli motiverte til videre behandling.

ling. Ut fra pasienterfaringene virker det som en fordel å arbeide tverrfaglig og å ha en helhetlig tilnærming til rusakuttpasientene. Rekruttering av ansatte kan være et virkemiddel for å oppnå det.

Akuttplasser i etablerte avrusnings- og stabiliseringsenheter

Å løse akuttbehovet i form av «rusakutte» døgnplasser i avrusningsenheter kan gi akuttpasientene anledning til å gå direkte over i et ordinært avrusningsforløp etter to-tre døgn som akuttpasient.

Denne modellen representerer derfor på mange måter det som mange brukere etterlyser – et sømløst tilbud med gode overganger til videre behandling. Imidlertid viser informanter fra klinikkene til at denne intensjonen kan bli krevende å gjennomføre. Det gjelder særlig dersom avrusningsenheten i utgangspunktet har et krav om å ha høyt belegg med planlagte eller elektive innleggelser. Informantene rapporterte at flere pasienter som går direkte over fra akuttbehandling til avrusning har betraktelig høyere drop out-prosent, enn de elektive avrusningspasientene.

En annen problemstilling som formidles, er at henvisere kan bruke akuttinnleggelse strategisk for å forbigå ventelister til elektiv avrusning («bypass»). En siste utfordring ved

Tre ulike modeller for rusakuttmottak

Rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus

Rusakuttmottaket er organisert som en del av Avdeling for rus og avhengighet i tilknytning til avrusningsenheten og har en vurderingsenhet og et døgntilbud med 13 observasjonssenger. Bemanningen er tverrfaglig. En tredjedel av pasientene har opioidrelaterte problemer.

Akuttposten ved Helse Bergen

Akuttposten er plassert i Mottaksklinikken ved Haukeland universitetssjukehus, som samarbeider tett med Avdeling for rusmedisin. Posten har 10 sengeplasser. Bemanningen består av leger og sykepleiere. Akuttposten tar særlig imot pasienter med overdoser og forgiftninger. En høy andel av pasientene har alkoholrelatert problematikk.

Rusakuttenheten ved St. Olavs hospital

Rusakuttenheten er samlokalisert med døgnavdelingene for voksne og unge ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, og består av fire senger. Rusakuttenheten og konsultasjons-liasontjenesten (se begreper, side 5) er organisatorisk knyttet sammen. Ansatte har medisinsk og sykepleiefaglig bakgrunn. En høy andel av pasientene har alkoholrelatert problematikk.





denne modellen er at det kan være krevende å behandle akuttpasienter og elektive pasienter i samme setting, blant annet fordi akuttpatientene ofte har større helsemessige belastninger enn de som er utredet på forhånd.

Øremerkede døgnplasser i enheter for døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern

Noen helseforetak utenfor de store byene har valgt å beskrive døgnplasser i det psykiske helsevernet til pasienter med rusakutte problemstillinger, som rusakutte tjenester. Plassene drives ofte som en del av akuttpsykiatrien. Det begrunnes med at akutte enheter i psykisk helsevern med døgnkontinuerlig legedekning er best rigget til å ta imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp.

Det avgjørende med tanke på om en slik modell fungerer som et rusakutttilbud i praksis, er hvorvidt tjenestene klarer å ivareta pasienter som ikke har samtidig psykisk lidelse. Informanter rapporterer at noen slike tjenester blir avgrenset til pasienter med alvorlig psykiatrisk tilleggsproblematikk (ROP-pasienter).

En annen vesentlig faktor for at denne løsningen i realiteten skal fungere som et rusakutttilbud, er om rusakutt-pasientene får tilgang til nødvendig rusfaglig kompetanse, muligheter for avrusning og abstinensbehandling samt justering av LAR-medikasjon. Retningslinjen anbefaler at avrusningstilbud primært skal legges til TSB.

“

*Mitt fylke har ikke rusakutt.
Ble sendt til psykiatrien. Fikk ikke
abstinensbehandling.
– Bruker i prosjektet*

”

Rusakutt-plasser i somatikken

I tråd med pasientrettighetene og andre lover som regulerer spesialisthelsetjenesten, skal pasienten i somatiske

! VISSTE DU AT ...

Rusrelaterte sykehusinnleggelser

- I følge WHO er alkohol en årsaksfaktor i mer enn 60 ulike sykdommer og skader, og medvirkende årsak til 200 andre. Skadelig alkoholbruk resulterer i 1 av 20 dødsfall på verdensbasis.
- En norsk studie fant at 31 prosent av pasienter innlagt i somatisk avdeling har et risikofylt alkoholforbruk (Oppedal et al., 2011).
- En annen norsk studie fant at nesten halvparten av pasienter innlagt på akuttmottak i forbindelse med skader var påvirket av psykoaktive stoffer, oftest alkohol (Bogstrand et al., 2011).
- I utarbeidelsen av en kunnskapsbasert delirprosedyre, ble det estimert at rundt 8 prosent av alle innleggelser kan medføre risiko for alvorlig abstinens eller delirium tremens (Rune Tore Strøm, 2017).

Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Daltveit, J. T., & Tønnesen, H. (2011). Hazardous drinkers in Norwegian hospitals – a cross-sectional study of prevalence and drinking patterns among somatic patients. *Norsk Epidemiologi*, 21(1).

Bogstrand S.T., Normann P.T., Rossow I., Larsen M., Mørland J., Ekeberg Ø. (2011) Prevalence Of Alcohol And Other Substances Of Abuse Among Injured Patients In A Norwegian Emergency Department. *Drug Alcohol Depend.* Sep 1;117(2-3):132-8

«Sykehuset er en arena de fleste mennesker befinner seg på en eller flere ganger gjennom et livsløp. En systematisk tematisering av den enkeltes alkoholforbruk ved innleggelse vil på den ene siden kunne være gunstig i forhold til den enkeltes behandlingsforløp. På den andre siden vil det være en lite stigmatiserende anledning til å oppdage og intervensjon i forhold til begynnende rusproblemer hos pasientene.»

– Fra bekymring til handling – en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet (Helsedirektoratet, 2010)

avdelinger kartlegges og tilbys behandling for rusproblemer dersom det påvirker prognosen til sykdommen. Noen helseforetak beskriver tilbud til disse pasientene knyttet til somatiske avdelinger, som «rusakutte» plasser. I praksis er imidlertid målgruppene så begrenset at dette ikke kan defineres som rusakutte tilbud som beskrevet i lover og Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler.

Det er utvilsomt mange pasienter i somatiske avdelinger som har rusproblematikk (se faktaboks). Mange av

informantene beskriver et ideelt rusakutttilbud som et tett samarbeid mellom TSB, somatikk og psykisk helsevern, der pasientene får en grundig somatisk utredning i forkant av, eller tidlig i forløpet til, et rusakutttopphold.

Ut fra erfaringene til helseforetakene som har etablert ulike konsultasjonsmodeller rettet mot somatiske avdelinger, er det en entydig tilbakemelding at man i somatikken generelt er lite opptatt av rusmedisinske problemstillinger. Dersom et tilbud i somatikken skal fungere som rusakutttilbud, vil det derfor kreve rusfaglig oppfølging fra TSB.

Akuttilbud ved ruspoliklinikker

Enkelte helseforetak rapporterer at de gir «rusakutte» tilbud gjennom ruspoliklinikker. Mange ruspoliklinikker strekker seg langt for å gi pasienter rask og tett oppfølging i en akutt fase, og for mange pasienter som har hatt et opphold i døgnbasert rusakutttilbud kan en tett poliklinisk oppfølging være et like godt tilbud som døgnbehandling, men det avhenger av at pasientens problematikk ikke har et stort omfang eller er veldig kompleks.

Mange av poliklinikkene ved klinikker som er med i kartleggingen og som har et tilbud om rask vurdering, prøver som regel å skaffe brukeren plass ved avrusningsenheter eller korttidsenheter dersom vurderingen tilsier det. Ifølge våre informanter, kan derimot ikke det å ta imot pasienter i en akutt fase ved en poliklinikk erstatte døgnkontinuerlige rusakutttilbud. At ruspoliklinikker har en klar rolle i et akuttforløp som henvisnings- og oppfølgingsinstans, kan ikke betraktes som et selvstendig rusakutttilbud i henhold til retningslinjene.

Papirløsninger og reelle tilbud

Dette er konklusjonene i prosjektet:

- En del rusakutte tilbud kan se ut til å være «papirløsninger», dersom retningslinje og lovverk skal legges til grunn.
- Ingen av tilbudene om rusakutte tjenester er like – sørge for-ansvaret praktiseres ulikt, organiseringen er ulik, det benyttes ulik tilnærming og tilbudene nås av ulike målgrupper.
- Akutttilbudet er ofte løst fra resten av TSB og er dårlig egnet som starten på et behandlingsforløp.

Kommunale rusakutte tjenester

Det er en grenseoppgang mellom kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud og akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten, men det er noe uklart hvordan disse tilbudene vil kunne ses i sammenheng med hverandre.

Fra 1. januar 2016 fikk kommunene plikt til å sørge for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. I første omgang var plikten til å sørge for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp knyttet til pasienter med somatisk sykdom. Fra 1. januar 2017 ble plikten utvidet til å gjelde voksne pasienter med psykiske helse- og/eller rusproblemer. Helsedirektoratets veileder understreker at slike tilbud skal være bedre eller like gode for pasientene som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten, men samtidig at de kommunale tilbudene skal ha et meget begrenset omfang av liggedøgn og at «innføring av plikt til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen fagområdene psykisk helse og rus kan derfor ikke anses som en tilsvarende oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen» (Helsedirektoratet, 2016, s 6).

Kommunene står fritt i hvordan de velger å organisere tilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp i form av døgnopphold. Nær 60 % av de kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudene er i dag etablert i sykehjem, og over halvparten av innlagte pasienter er over 80 år (Helsedirektoratet, 2018). Det er nærliggende å tenke seg at et slikt tilbud kan gis til det økende antallet eldre som utvikler rusproblematikk i alderdommen (som regel problemer med alkohol og B-preparater), men vanskelig å se for seg at denne typen tilbud kan ta imot en bredde av pasienter med rusproblematikk. Imidlertid er om lag 25 % av tilbudene organisert som KAD-senger (se begreper, side 5) samlokalisert med legevakt eller i lokalmedisinske/distriktsmedisinske sentre. Det vil antagelig være lettere å motta pasienter med rusproble-

matikk i en selvstendig KAD-enhet, enn i KAD-senger lokalisert i et sykehjem.

Tilgang på kompetanse vil uansett være avgjørende for hvilke pasientgrupper som kan mottas i kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud eller i KAD. Imidlertid har mindre enn 1/5 av de etablerte kommunale enhetene rapportert at de har utvidet tilbudet og antall plasser som følge av lovendringen 1. januar 2017 (Helsedirektoratet, 2018).

I likhet med i somatiske sykehusavdelinger (se faktaboks, side 20), er det sannsynligvis en betydelig andel pasienter i KAD-senger som har et underliggende rusproblem. Det bør derfor lages en strategi for hvordan systematisk kartlegge og følge opp rusproblematikk hos alle somatiske pasienter.

§ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd, sier:

Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Behandlingen av disse pasientene i kommunene underbygger målene med samhandlingsreformen som er å gi pasientene gode forløp og tilbud nærmere der de bor (Helsedirektoratet 2016, s.8)

Hva kjennetegner et godt rusakutt tilbud?

Helseforetakene bør ha en viss frihet til å organisere rusakutt tilbudet tilpasset lokale forhold. Likevel må alle pasienter sikres et kvalitetsmessig likeverdig tilbud.

Basert på erfaringer og tilbakemeldinger innhentet i Prosjekt Akutte tjenester i TSB, ser det ut til at god kvalitet på rusakutt tilbudene handler om flere ting: Pasientene får tilgang til rusfaglig kompetanse, muligheter for avrusning og abstinensbehandling, justering av LAR-medikasjon, samt ivaretagelse av somatiske problemstillinger, men også utfordringer knyttet til sin livssituasjon og sosiale forhold. Tilbudene må være tilgjengelige når en akutt krise oppstår, og når motivasjonen for å søke hjelp er tilstede.

Bare ett rusakutt tilbud i Norge er evaluert (SINTEF, 2015), og faktorene som trekkes frem for å forklare hvorfor dette tilbudet anses som vellykket, er særlig *tverrfaglig kompetanse, døgnkontinuerlig tilgjengelighet og kapasitet til kriseforståelse/krisehåndtering*. Dette samsvarer med våre funn.

Brukererfaringer

Brukere som har bidratt i dette prosjektet fremhever idealet om en tverrfaglig og helhetlig tilnærming som det største suksesskriteriet i et rusakutt tilbud. Dette innebærer at brukerne får tilgang til god rusfaglig og rusmedisinsk kompetanse, men også til psykososial oppfølging.

Bevissthet om holdninger og refleksjon over etiske problemstillinger er et annet suksesskriterium ifølge brukertilbakemeldingene. Noen sier de opplever seg som stemplet som svingdørspasienter dersom de bruker tilbudet flere ganger, eller at de som jobber i tjenestene ikke fokuserer på deres egne ressurser og motivering.

Henvisning eller ikke?

De aller fleste rusakutt tilbud har, på samme måte som

somatiske akuttmottak og psykiatriske akuttmottak, et krav om henvisning, selv om de fleste sier at de uansett vil gjøre vurdering av en pasient som kommer «på døren». For enheten med ansvar for rusakutt plasser er det forståelig at det er mest hensiktsmessig med en henvisende instans som kan avklare pasienten somatisk og psykisk. Den største utfordringen med et henvisningskrav er at et stort antall rusakuttpasienter henvises via legevakt og fastlege. Mange i pasientgruppen har ikke et nært forhold til en fastlege, og kvier seg for å oppsøke legevakten enten fordi de tidligere har opplevd å bli dårlig mottatt, eller de skammer seg for eksponeringen det medfører.



Det er ikke pasientene som må tilpasse seg til tilbudet, det er behandlingstilbudet som må tilpasse seg pasientenes behov

– Bruker i prosjektet



Sømløse overganger

Hvorvidt de etablerte rusakutt tilbudene er en del av en behandlingsskjede eller ikke varierer. De aller fleste av brukerne som har deltatt i workshopene ønsker et rusakutt tilbud som en inngangsport til et sømløst behandlingstilbud, mens andre, deriblant mange pårørende, formidler ønske om at pasienten skal komme raskest mulig inn og få krisehjelp, selv om den er kortvarig. Det er problematisk dersom pasienten opplever at en betingelse for rusakutt oppholdet er at man ønsker å fortsette direkte i et behandlingsforløp med sikte på rusfrihet. Ikke alle brukere ønsker å bli rusfrie der og da, men dette skal ikke diskvalifisere fra å få akutt krisehjelp. Det



er derfor viktig at et rusakutt tilbud ikke siler ut hvem som er «verdige trengende» ut fra slike kriterier.

Målgruppevariasjon

Er det noen brukergrupper med rusproblematikk som er underrepresenterte blant de som mottar rusakutt tilbud? Ulike rusakuttmodeller fanger opp ulike brukergrupper. Et differensiert og bredt tilbud i både kommuner

og spesialisthelsetjeneste er nødvendig for å kunne gi et tilbud til så mange som mulig. Gode samhandlingsmodeller mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB vil også kunne fange opp flere pasienter og bidra til at flere får relevant behandling og oppfølging. Akuttkriteriene som er gitt i Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2016) vil kunne gi en overordnet føring.

Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve!

Selv om rusakutt tilbudene er litt forskjellige rundt omkring, må det vel være en grunnleggende enighet om hva et rusakutt tilbud skal være? Noen minimumskrav?



Av Tommy Sjøfjell

Bruker- og pårørende-organisasjonen A-Larm

For noen år siden kom den nasjonale overdosestrategien 2014–2017 «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve». Det er en bevisst grunn til at jeg velger å gjenbruke denne tittelen. I 2016 hadde vi 282 overdoser som endte med dødsfall etter bruk av illegale rusmidler i Norge, og det samme året har vi 336 alkoholutløste dødsfall. Rundt 1500 nordmenn dør av tilstander som skyldes alkoholmisbruk hvert år. Vi kan altså si at det årlig dør mer enn 600 mennesker som en direkte følge av rus, og mellom 1000 og 1500 mennesker som en indirekte følge av rus.

En marginalisert gruppe med behov for gode og tilgjengelige helsetjenester

Det burde være grunn til å tro at en brukergruppe med så høy dødelighet var prioritert for akutte tilbud. Når Pernille Næss konkluderer med at «verken modell, tilnærming eller målgruppe for akuttbehandling er lik fra ett sted til et annet», er dette bekymringsfullt. For lovverket, retningslinjer og føringer kan da ikke gi rom for så stor variasjon?

Det fremkommer i rapporten som denne utgaven av skriftserien bygger på, at noen kommuner og helseforretak har gode, tilpassede tilbud til brukergruppen, oftest i storbyer. Dette kan tyde på at vi lettere ser behovet for å etablere akutte tjenester til rusavhengige der problematikken med illegale rusmidler er størst og mest synlig i gatebildet. Samtidig vet vi at den største gruppen rusav-

hengige er den ikke like synlige gruppen som misbruker alkohol. Uansett er det feil at behovet for akutte tjenester for alkoholavhengige vil variere på landsbasis.

Reformene går fortere enn tjenestene og skaper glippsoner og ansvarspulverisering

Et sentralt mål for helsetjenestene er at flest mulig skal få tjenester i nærheten av der de bor, og i tråd med Samhandlingsreformen skal spesialisthelsetjenesten supplere gode kommunale tiltak. I andre deler av helsetjenesten avlaster kommunale tilbud gradvis sykehusene, men ikke på rusfeltet. Kommunale akutte døgnplasser for rusavhengige mangler i store deler av landet. Mange kommuner har bygd ut kommunale akutte døgnplasser (KAD), men disse er i liten grad tilgjengelige for ruspasienter. Når vi vet at snittalderen på pasientene som ligger i KAD er 80 år, er det lett å tenke at den typiske ruspasient vil være uønsket på disse postene. I tillegg er mange kommuner små, presset på økonomiske midler og presset fra somatiske og geriatriske avdelinger, noe som gjør at man ikke får på plass gode, egnede tilbud for ruspasienter.

Akutte tjenester og planlagt avrusning er ikke det samme

Ser vi på kriteriene for akuttinnleggelse er det naturlig at pasientens og pårørendes stemme i vurderingen av behov skal veie tungt. Noen av kriteriene for innleggelse er også knyttet opp mot psykososiale forhold som ikke lett lar seg måle – vi må altså vektlegge brukers vurdering. Den største faren ved å ikke skille akutte behov og planlagt avrusning er at vi tenker at et akutt behov for helsehjelp er det samme som et ønske om rusfrihet. Jeg synes den ene informantene sier det veldig fint:

«Jeg har jo kriser, men vet ikke alltid om jeg vil slutte å ruse meg bare fordi jeg trenger hjelp akkurat der og da. Men da blir du jo sett på som et fullstendig håpløst tilfelle. Det er jo noe med holdningene – alle skal liksom bli rusfrie, hvis ikke er du ikke verdig til å få hjelp.»



© Adobe stock

Det denne brukeren påpeker tror jeg er en av grunnene til at vi trenger et tydeligere skille mellom akutte tjenester og planlagt avrusning. For noen er behovet for en pause det som kan berge livet her og nå. For andre kan en akuttinnleggelse føre videre til avrusning og behandling. Fra et brukerståsted er det kanskje han som ikke føler seg verdig hjelp som har det største behovet for å bli møtt på en ordentlig måte – fordi tillit og relasjon til hjelperne er tynnslitt. Når rusavhengige etterspør en døgnplass fordi det akutte behovet er der, må vi slutte å overprøve denne beslutningen basert på hypotesen om at rusavhengige til stadighet vil søke seg inn til avrusning selv om de ikke har behov for det. I likhet med de fleste andre som har vært innlagt på et sykehus eller avrusningspost, vet jeg at det finnes bedre plasser å tilbringe tiden.

Det handler om å overleve

Et godt tilbud må ikke være et tilbud etter modell fra rusakuttmottaket i Oslo eller Bergen, men det må inneholde den type tiltak som brukerne etterspør i den aktuelle

krisen. Er det en seng, så gi brukeren en seng. Er det ambulant oppfølging, så er det dette som er rett tiltak. Et godt akutttilbud innebærer imidlertid ikke at det akutte behovet vurderes først flere virkedager etter at behovet ble meldt.

Ingen vet når en rusavhengig er klar, eller blir motivert for å endre livet sitt. Når brukere opplever at de ikke er verdige en seng, er det noe galt med tjenestene. Den ene informanten sier: «Så lenge jeg er i live, så er det muligheter». For ham handler det om å overleve. Jeg valgte tittelen «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve», for det er nettopp dette den aktuelle krisen for den rusavhengige kan handle om. Mange dør unge og mange har møtt en stengt dør når de har spurt om hjelp. Tilværelsen som aktiv rusavhengig er krisefylt, det er stadig ting som virker uoverkommelig, og man lever farlig. Denne brukergruppens behov må bli tatt på alvor, og noe annet er kritikkverdig og lovstridig. Som en annen bruker i dette prosjektet sa: «Det er ikke pasientene som må tilpasse seg tilbudet, det er behandlingstilbudet som må tilpasse seg pasientenes behov.»

Vedlegg

Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (Helsedirektoratet, 2016) vektlegger følgende kriterier for akutt/øyeblikkelig behandling av pasienter som bruker rusmidler:

Kriterier for akutt/øyeblikkelig behandling i psykiatrisk eller somatisk avdeling av pasienter som bruker rusmidler

1. Ved akutt alvorlig psykisk lidelse skal pasientens behandlingsbehov innen psykisk helsevern vurderes. Pasienter med høy suicidal risiko skal vurderes med tanke på innleggelse i psykisk helsevern.

2. Ved akutt somatisk sykdom skal pasientens behandlingsbehov i somatisk helsetjeneste vurderes selv om tilstanden skyldes bruk av rusmidler. TSB har fortsatt ansvar for behandling av rusmiddelproblematikken når pasienten er stabil somatisk.

Kriterier for akutt/øyeblikkelig behandling i TSB av pasienter som bruker rusmidler

1. Pasienten skal straks tas imot til undersøkelse og eventuell behandling for rusmiddelbruk når akutt intervensjon er påtrengende nødvendig. Pasientens behov for øyeblikkelig hjelp skal vurderes, og nødvendig behandling skal igangsettes.



2. Gravide kvinner som bruker rusmidler, bør vurderes for akutt behandling i TSB.
3. Personer med et rusmiddelinntak som utgjør en umiddelbar fare for eget liv og helse, bør vurderes for akutt behandling i TSB.

Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:

- Suicidale tanker eller impulser
 - Utagerende atferd, redusert impuls kontroll
 - Vold eller alvorlige trusler
 - Bilkjøring eller liknende
 - Annen risikoatferd som for eksempel å bli liggende ute
 - Forvirringstilstander som gjør at pasienten er ute av stand til å ivareta egen sikkerhet
4. Personer som er i fare for å utvikle alvorlige abstinensreaksjoner, bør vurderes for akuttbehandling i TSB.

Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:

- Grad av toleranseutvikling
 - Tidligere komplisert avrusning (kramper, delir, hallusinasjoner, psykosereaksjoner, alvorlige diaretilstander, BT-reaksjoner/hjerterytmeforstyrrelser)
 - Følgetilstander som øker risiko for komplikasjoner
 - Abstinensreaksjoner med samtidig fortsatt rusmiddelinntak
 - Nedsatt søvn og ernæring
 - Samtidig forekommende risikofaktorer (skader eller sykdom)
5. Personer med et rusmiddelinntak som gir atferdsendring, og som medfører fare for liv og helse for seg selv eller andre, bør vurderes for akutt behandling i TSB.

Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:

- Suicidale tanker eller impulser
 - Utagerende atferd, redusert impuls kontroll
 - Vold eller alvorlige trusler
 - Bilkjøring eller liknende
 - Annen risikoatferd som for eksempel å bli liggende ute
 - Forvirringstilstander som gjør at pasienten er ute av stand til å ivareta egen sikkerhet
6. Personer med et rusmiddelinntak som kan føre til akutt fare for alvorlige relasjonsbrudd, sosiale konsekvenser eller funksjonsfall, bør vurderes for akutt behandling i TSB.



Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:

- Rusmiddelinntaket medfører risiko for relasjonsbrudd til familie eller andre nære relasjoner (barn, ektefelle/samboer, foreldre, andre nære pårørende)
- Rusmiddelinntaket medfører risiko for tap av viktige funksjoner (arbeid, aktiviteter, behandlingss plass)
- Rusmiddelinntaket medfører risiko for tap av viktige rammebetingelser (bolig, økonomisk fungering)

Intervjuguide for kartlegging av akutte tjenester i TSB

1. Beskriv kort tilbudet dere har på akutte rustjenester:
 - Organisering
 - Tilbudets innhold
2. Antall sengeplasser/antall liggedøgn, antall akutt plasser
3. Hvordan ble tilbudet utviklet? Hvem var pådriverne? Var brukerne involvert?
4. Hvem er målgruppen? Benyttes akutt kriterier i inntaksvurderingen?
5. Kreves det henvisning? Hvem kan i tilfelle henviser?
6. Ca. hvor mange av pasientene blir henvist videre til avrusning/behandling?
7. Hvordan er samhandlingen med kommunen/andre relevante aktører?
8. Hva er de største utfordringene?

Kilder

Lov og forskrift

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Ot.prp. nr. 53 (2006-2007). Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen).

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.

Prop. 15 S (2015-2016) *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*.

Spesialisthelsetjenesteloven. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Rapporter, veiledere og retningslinjer

Den Norske Legeforening (2010) *Hva er god akuttbehandling i TSB? Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-nettverk rus* [Internett].

Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune (2009) *Rusakutt i Oslo. Sluttrapport fra Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune*. 1. april 2009.

Helsedirektoratet (2010) *Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet* [Internett].

Helsedirektoratet (2013) *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer* [Internett].

Helsedirektoratet (2015) *Rusakuttenheter og akutt rusbehandling* [Internett].

Helsedirektoratet (2016) *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold – Veiledningsmaterieell* [Internett].

Helsedirektoratet (2016) *Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler* [Internett].

Helsedirektoratet (2018) *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten* [Internett].

Helsedirektoratet (2018) *Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2017 – Analysenotat i SAMDATA kommune* [Internett].

SINTEF (2015) *Evaluering av Rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus HF* [Internett].

World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health*. Geneve: WHO.

Disse tjenestene gir deg svar via telefon eller chat hvis du lurer på noe om rusmidler eller rusproblematikk. Tjenestene er landsdekkende, gratis og du kan være anonym.

RUStelefonen er en offentlig, nasjonal opplysnings-tjeneste om rusmiddelproblematikk som drives av Oslo kommune. RUStelefonen er åpen mandag til søndag fra klokken 11.00 til 19.00. Rustelefonens nummer er 08558.

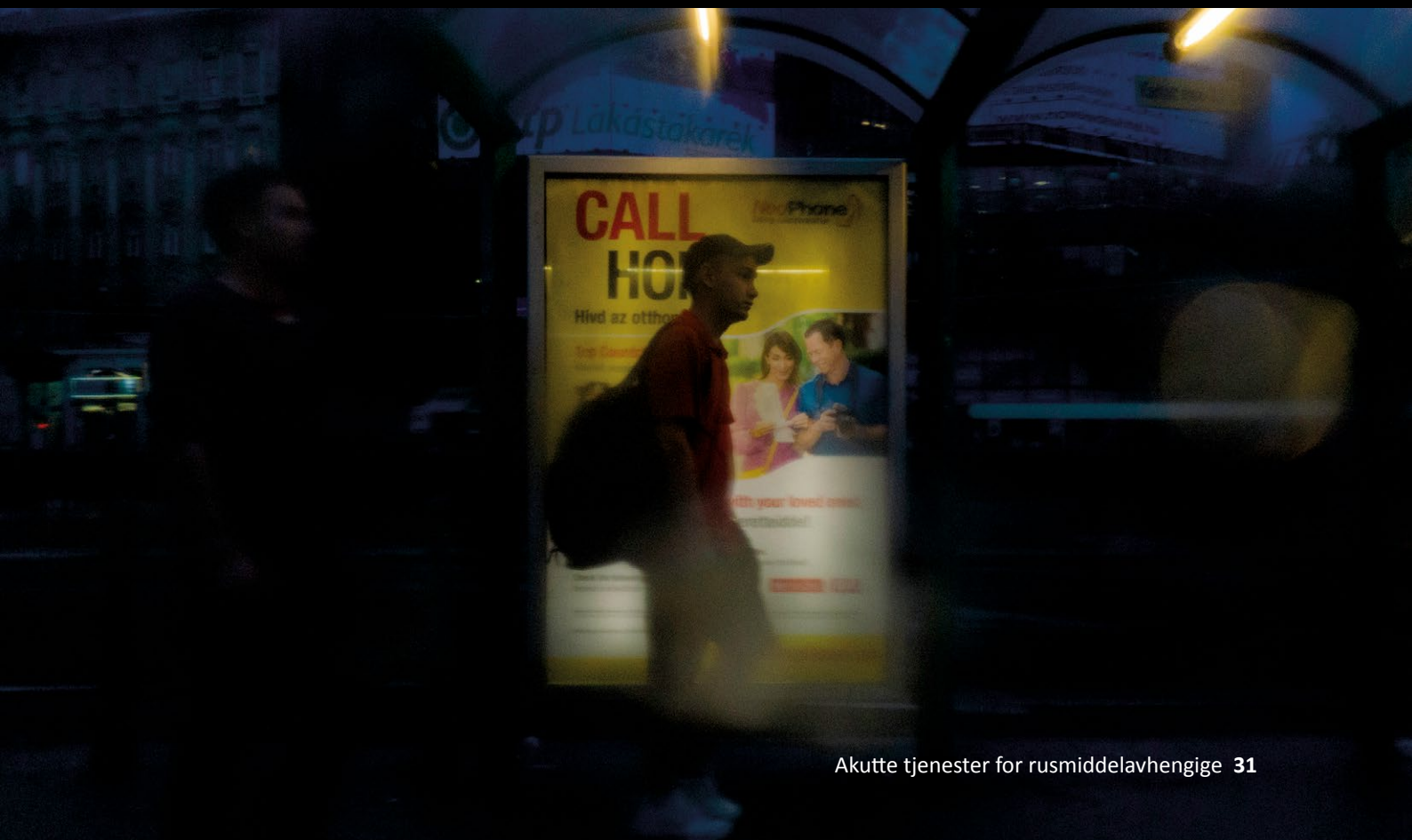
Hjelpetelefonen Mental helse er drevet av organisasjonen Mental helse. Frivillige veiledere besvarer anrop døgnet rundt, hele året. Hjelpetelefonens telefonnummer er 116 123.

Dopingkontakten er Antidoping Norges publikumsrettede informasjons- og samtaltjeneste om blant annet bruk av dopingmidler på chat, telefon og e-post. Telefontjenesten er åpen tirsdag til fredag 11:00–18:00. Dopingkontaktens telefonnummer er 800 50 200.

Informasjonssamtale om steroider er et tilbud knyttet til Steroideprosjektet, Oslo universitetssykehus. Telefontjenesten er åpen 08:30 til 15:00. Telefonnummeret er 469 59 791.

Landsforbundet mot stoffmisbruks pårørendetelefon er et tilbud til pårørende om å få snakke med andre som selv har erfart hvordan det er å være pårørende til en rusavhengig. Den betjenes på hverdager mellom 09:00 og 15:00. Pårørendetelefonens nummer er 800 40 567.

Barn av rusmisbrukere – BAR sin chat BARSNAKK
På nettsiden Barsnakk.no kan barn og unge snakke med voksne om drikking eller annet rusmisbruk. Den betjenes av frivillige i organisasjonen og er åpen hver mandag og tirsdag fra 17.00 til 20.00.





*Hva er akutt for meg og hva er akutt for mine pårørende?
Akutt handler om å kunne komme rett inn og få hjelp når
du trenger det. Mine pårørende óg er inne i en krise,
og da ónsker jeg tilgjengeligheten for dem!*
– Bruker (SINTEF, 2015)