

OPPSUMMERING AV BEHANDLINGSTILBUDET OG ERFARINGER VED UTETEAM UNGS
BEHANDLINGSTILBUD

«Jeg har bare hatt dårlig hjelp, men du er den beste psykologen jeg har møtt. Du får meg til å føle meg litt viktig likevel. Hvorfor? Det er fordi en psykolog kommer på døra *mi*.»

Kvinne (21)



Seksjon rus- og avhengighetsbehandling ung
Avdeling rus og avhengighetsbehandling
Oslo universitetssykehus

Januar 2021

INNHold

1.0 Bakgrunn for etablering av Uteteam Ung	3
2.0 Uteteam Ungs mandat	4
3.0 Pasientens vei inn til Uteteam Ung	5
4.0 Mål for behandling og oppfølging	6
5.0 Behandlingsmetodene våre: Fleksibel TSB.....	7
6.0 Nøkkeltall	9
6.1 Hvem henviser?	10
6.2 Pasientenes bydelstilørighet.....	11
6.3 Alder og kjønner.....	11
7.0 Pasientenes rusmiddelbruk.....	12
8.0 Pasientenes psykiske helse	14
9.0 Oppsummering: Uteteam ungs typiske pasient.....	15
10.0 Varighet på oppfølging	15
11.0 Samarbeid med pårørende	16
12.0 Rusens funksjon - Hvorfor drikker Jeppe og hvorfor bruker Ahmad og Amanda amfetamin?	17
13.0 Samarbeid med andre hjelpeinstanser	20
14.0 Ambulant behandling under koronapandemien	20
15.0 Veien videre	22

Forord

Økt bruk av ambulante tjenester er en politisk og faglig målsetting og en arbeidsform som flagges høyt i både nasjonale faglige retningslinjer, pakkeforløp og lokale handlingsplaner. Unge rusmiddelavhengige er en prioritert pasientgruppe av norske helsemyndigheter. Uteteam Ung er et av få tiltak innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Norge som *kun* arbeider *ambulant*. Etter snart seks års drift har vi gjort erfaringer som vi ønsker å dele med andre, både her i Oslo universitetssykehus, i øvrig spesialisthelsetjeneste samt i kommunen.

Vi ønsker at våre oppdragsgivere og andre som er interesserte i rusbehandling av unge mennesker kan få bli bedre kjent med oss og vårt behandlingstilbud. I denne rapporten oppsummerer vi våre erfaringer og deler utfordringer og muligheter med ambulant behandling av unge med rusmiddelproblemer. Vi evaluerer også de endringene som vi har gjort under denne perioden.

Ved å ta et kritisk blikk på oss selv, er ambisjonen å få et bedre grunnlag for å se hvilke ytterligere endringer vi kan gjøre for å utvikle oss videre. Behandlingstilbudet til Uteteam Ung har blitt justert flere ganger underveis gjennom disse årene, og vi arbeider kontinuerlig med å forbedre oss. Vi har styrket vår «verktøykasse» innenfor rammen av ambulante tjenester, gjennom å ha et fokus på kontinuerlig metodeutvikling. Vi har fått tilført mer kompetanse underveis og dermed også fått økt kapasitet. Vi er glade for at vi i dag er et team av medarbeidere med både medisinskfaglig (lege/sykepleier), psykologfaglig og sosialfaglig (sosionom) kompetanse.

Vi håper at denne rapporten vil inspirere kollegaer i andre deler av TSB ved å høste av våre erfaringer dersom de skal videreutvikle eller etablere lignende tiltak.

En stor takk til Morten Rustad og Hilde Lytomt Harwiss for hjelp med rapporten!

Oslo 20. januar 2021

Marianne Borge Solvam

Ulf Rogde

Mariann Vistnes

Gløer Harwiss

Krister Moström

1.0 BAKGRUNN FOR ETABLERING AV UTETEAM UNG

Jeg skjønnte tidlig at det var jeg som var problemet, og alltid i den ansvarsgruppa kjente jeg det på blikkene, sånn: «Der sitter Problemet».

Gutt, 17

Uteteam Ung ble etablert 18. august 2014 som en del av Seksjon rus- og avhengighetsbehandling ung (Seksjon Ung), Poliklinisk enhet. I tillegg til Uteteam Ung, tilhører også Stallen vår polikliniske enhet. Stallen tilbyr hesteassistert terapi (HAT) til pasienter med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser.

Bakgrunnen for etableringen var vår opplevelse av at unge rusavhengige i aldersgruppen 16-26 år ofte falt mellom to stoler i behandlingssystemet og ikke klarte å nyttiggjøre seg de etablerte behandlingstilbudene, hverken her i sykehuset eller hos andre aktører. Det er dokumentert at unge rusmiddelavhengige har økt risiko for å droppe ut fra rusbehandling (Brorson m.fl., 2013¹). Erfaringene fra Seksjon Ung er at unge med et problematisk forhold til rus kan ha et ekstra behov for oppfølging i forbindelse med «overganger», for eksempel i forkant av inntak og etter avsluttet utredning/behandling i det ordinære behandlingstilbudet. Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, som ble lansert i 2016, understreket betydningen av «å tilby ambulante tjenester på lik linje med stedfaste tjenester (dag, døgn og poliklinikk), særlig ved sammensatte problemer og ved behandlingsavbrudd». Unge personer har også en egen prioritet i spesialisthelsetjenesten, ved at det blant annet er en kortere vurderings- og ventetidsgaranti for alle under 23 år med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer. Det er dokumentert at mange pasienter med omfattende rusmiddelproblemer har debutert i svært ung alder. Tidlig intervensjon og arbeid med behandlingsallianse er derfor særlig viktig, men erfaring er at tradisjonell poliklinisk behandling eller døgnbehandling ofte kan komme til kort i møte med de unge.

Da Uteteam Ung ble etablert i 2014, spurte vi noen av pasientene innlagt i døgnbehandling ved Seksjon ung hva de mente at de kunne trenge av oppfølging og hva de kunne ha ønsket seg før de kom inn i behandlingen. De svarte blant annet:

- *Vi ønsker noen som kan gi oss håp.*
- *Vi ønsker hjelp til å gjøre noe.*
- *Vi ønsker hjelp til å bli en del av samfunnet.*
- *Det å kunne ringe noen, ikke bare være på egenhånd.*
- *Det å bli ringt til, ha noen som bryr seg om oss.*

¹Brorson, H. m.fl. (2013) Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, 33(8):1010-1024.

- *Å kunne møtes ute.*

Uteteam Ung ble i oppstarten bemannet med tre fulltidsstillinger. Fra 1. januar 2018 ble teamet forsterket med overlege i halv stilling samt en enhetsleder. Enhetsleder har kun unntaksvis direkte pasientkontakt og da primært i saker der det er behov for familiearbeid. I dag består det tverrfaglige teamet av Ulf Rogde (psykologspesialist), Mariann Vistnes (klinisk sosionom), Gløer Harwiss (spesialsykepleier), Krister Moström (overlege) og Marianne Borge Solvam (enhetsleder for Poliklinisk enhet).

2.0 UTETEAM UNGS MANDAT

Uteteam Ung har følgende mandat:

1. Teamet skal kartlegge, behandle og følge opp unge rusavhengige som ikke nyttiggjør seg de etablerte tilbudene, eller som har falt ut av behandlings-/oppfølgingstilbud.
2. I samarbeid med inntakskordinator og annet personale ved døgnenhetene, skal det utføres behandlingsforberedende arbeid – oppfølging fra oppholdssted/bolig til innleggelse.
3. Etter individuell vurdering og i tett samarbeid med seksjonens enheter skal teamet oppsøke, behandle, veilede og motivere pasienter som er utskrevet fra seksjonens behandlingsopplegg. Dette gjelder så vel planlagte som ikke planlagte utskrivelser. "Drop-out"- pasienter skal søkes motivert tilbake til tidligere igangsatt behandling.
4. Det arenafleksible teamet skal arbeide tett opp mot seksjonens enheter. De skal opprettholde samarbeid med og bistå samarbeidspartnere (NAV, fastlege, legevakt, politi, barnevern, kommunale instanser og poliklinikker) i oppfølging og hjelp til motivasjon og behandling av unge rusavhengige. Dette gjelder også der innleggelse i døgninstitusjon ikke er et mål. Behandling med utgangspunkt i det arenafleksible tilbudet har ikke som mål å fullføre behandlingsløp. Behandling kan påbegynnes, men som regel med sikte på videreføring til rett behandlingsnivå/behandlingsalternativ. Dette forutsetter nært samarbeid med spesialiserte ruspoliklinikker og andre aktuelle samarbeidspartnere. Teamet skal gi veiledning der dette etterspørres eller anses nødvendig.

Enkelt oppsummert er vårt mandat å hjelpe unge med rusproblemer som i dag ikke er i fungerende behandling. Vi arbeider derfor med å forberede pasienter på behandling, behandle pasienter, følge opp pasienter etter behandling samt fange opp de som faller ut av behandling («drop-outs»). Det er også en sentral oppgave å samarbeide og tilby veiledning til samarbeidspartnere, både internt og eksternt.

3.0 PASIENTENS VEI INN TIL UTETEAM UNG

Vi kommer i kontakt med våre pasienter i mange ulike faser av et behandlingsforløp - før behandling, oppfølging etter behandling, når de har falt ut av annen behandling, eller når de i perioder har vært vanskelige å nå for det ordinære behandlingsapparatet. Dette er unge mennesker som ofte har flere samtidige behandlingsforløp. Vår oppgave er å gjøre overgangene mellom ulike faser i forløpet mindre sårbare.

Vi har anledning til å møte unge mennesker til en informasjonssamtale med oss før vi har fått en formell henvisning. Våre erfaringer er at dette kan være et nyttig virkemiddel for å få startet opp kontakt/behandling. Dersom pasienten etter informasjonssamtalen uttrykker ønske om videre hjelp av oss, ber vi om en henvisning fra aktuell samarbeidspartner. Dette gjelder både eksterne pasienter i behandling/oppfølging andre steder, men også pasienter inneliggende ved vår egen døgnenhet. I hovedsak viser våre erfaringer at de aller fleste pasienter (både fra egen enhet og andre) ønsker videre kontakt med oss når de først har fått møtt oss, og mottatt informasjon om tilbudet vi gir. Vi har også sett en viss økt tendens til at avdelingens felles henvisningsmottak, SHAP (Seksjon henvisning, analyse og pasientstrøm), henviser til Uteteam Ung i forkant av innleggelse, noen ganger med kort frist. Pasientene dette gjelder er ikke alltid klar over eller har samtykket til å bli henvist til oss. I disse sakene må vi ofte ta noen runder med avklaringer, både hos henviser og pasient, før eventuell behandlingsstart, da all behandling i Uteteam Ung er frivillig.

Varigheten av kontakt med pasientene har variert fra kun én informasjonssamtale, til tett oppfølging over lang tid. Arenafleksibiliteten står sentralt - vi møter pasienter på kafé, ute på tur i byen, hjemme hos dem selv, på treningstur, ved andre institusjoner, eller vi følger dem til NAV, fastlege, legevakt eller til andre samarbeidspartnere i klinikken (inkludert hesteassisterert terapi ved Stallen i vår egen enhet). Vi legger også til rette for å ha samtaler på kontoret hos oss dersom pasienten ønsker det.

Tiltakene har vært varierte og tilpasset den enkelte pasients individuelle behov, og teamet gjør løpende vurderinger av hva vi tverrfaglig tenker er mest hensiktsmessig for den enkelte pasient. Vi deltar på ansvarsgruppe- og samarbeidsmøter, og i flere tilfeller har det vært vi som har tatt initiativ til å opprette ansvarsgrupper. Vi har samtaler med pårørende, med pasient og pårørende sammen, med pasient sammen med en venn eller pasient sammen med andre behandlere.

Vi er også behjelpelige med råd og veiledning til samarbeidspartnere i og utenfor egen avdeling. Dette kan gjelde konkrete, kliniske kasuistikker eller mer generell formidling av kunnskap knyttet til rus- og avhengighetsforståelse.

4.0 MÅL FOR BEHANDLING OG OPPFØLGING

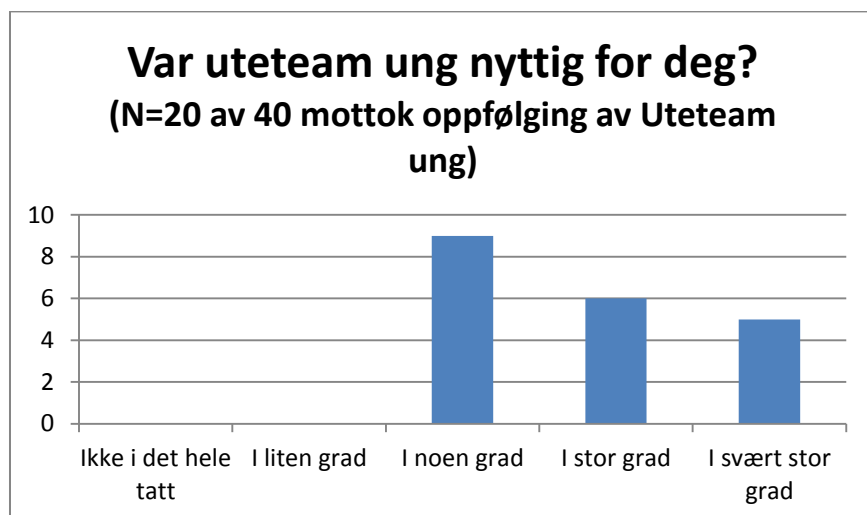
Jeg skjønner at dere vil det beste, men jeg tror bare ikke jeg vil det dere vil at jeg skal ville.

Kvinne, 19

Målene for arbeidet settes i samarbeid med pasientene selv ut fra hva de opplever å trenge hjelp til, tatt i betraktning den hjelp de ellers har tilgang til. Dette nedfelles i pasientens individuelle behandlingsplan, som utarbeides og evalueres i vårt ukentlige, tverrfaglige behandlingsmøte. For Uteteam Ung er hovedmålet å øke pasientenes opplevde livskvalitet og redusere risiko for skade, sykdom og for tidlig død.

Mål kan eksempelvis være å tydeliggjøre motivasjon for rusbehandling, ruskontroll eller rusfrihet. Det kan også være å komme i gang med poliklinisk behandling eller døgnbehandling for å redusere symptomer på psykiske eller medisinske lidelser. Det kan være et mål å komme i kontakt med psykisk helsevern, helsetjenester for somatisk behandling eller tannpleie. Mål for den enkelte kan også være å få kontroll på boligsituasjon eller komme i kontakt med førstelinjetjenester for å få hjelp til dette. Det kan videre handle om å forebygge skade på andre som følge av eget rusbruk. Det kan også innebære reduksjon av, eller å forebygge, kriminalitet og utenforskap.

Vi har et ønske om å få mer kunnskap om hvordan det går med pasientene etter at de har vært i behandling hos oss. Vi har derfor et ønske om å samarbeide tettere opp mot vår egen forskningsenhet Yatep for å få mer svar på dette. Resultatene fra Yateps telefonoppfølgingsstudie av pasienter innlagt på Seksjon Ungs døgnenhet (2015-2020) viser at de pasientene som fikk oppfølging hos oss i all hovedsak var fornøyde.



5.0 BEHANDLINGSMETODEN VÅR: FLEKSIBEL TSB

Vi kan godt møtes men det passer litt dårlig i dag, dårlig form.

SMS fra mann, 23

Behandlingsmetoden ambulant arbeid innebærer *fleksibel, tverrfaglig, spesialisert rusbehandling*. Kjerneelementene i vår metode er:

- Systemisk
- Fleksibel
- Relasjonell
- Ressursorientert

Vi har et *systemisk* fokus fordi folk med rusproblemer i teorien har tilgang til mange hjelpesystemer: NAV, fastlege, spesialisthelsetjeneste osv. I praksis kan dog det enkelte mennesket oppleve mange barrierer for å få/oppsøke behandling. Vi ønsker å være tilgjengelige, slik at vi blir funnet av dem som faller ut av, eller ikke finner veien inn i, systemene, samt videre; etablere dem i hjelpetiltak de kan få bistand fra. Vi jobber fleksibelt og kontaktsøkende opp mot hjelpesystemene, der vi bidrar med veiledning, samarbeid, informasjon og undervisning. For å gjennomføre konsultasjoner og samarbeidsmøter bruker vi i hovedsak sykkel og offentlig kommunikasjon som transportmiddel. Mobiltelefonen er vårt viktigste arbeidsverktøy. Gjennom sms og telefonsamtaler sikrer vi tett oppfølging og sørger for høy tilgjengelighet for pasienter og samarbeidspartnere gjennom hele arbeidstiden.

Vi vurderer vår rolle i pasientenes behandlingsforløp. Vi jobber også med familie og pårørende der vi vurderer det som hensiktsmessig og mulig. Dette gjelder særlig våre yngste pasienter. Vi kartlegger pasientenes venner og nærmiljø. Vi samarbeider med fastleger, NAV og med andre behandlingsinstanser (RUPO, DPS, somatisk helsetjeneste).

Vi tilstreber å være *fleksible* fordi ingen hjelpesystemer er tilpasset alle individer. Uten kontakt og relasjon med pasienten, får man ikke til hverken utredning, behandling eller endring. Vi er bevisste på at det skjeve maktforholdet mellom pasienter og hjelpesystemer kan skape fremmedgjøring og underlegenhet. Dette er noe vi ønsker å balansere ved å treffes der pasientene ønsker å treffes. Vi ønsker å komme de unge i møte og finne frem til et sted der de kan føle seg trygge. Dette kan for noen være hos familien, på skolen eller i fengsel. For andre kan det være hos NAV, fastlegen, på kafé, i parken eller langs gatene.

Vi er raske, men ikke akutte. Vi kan, som nevnt, snakke med pasienten før henvisning. Vi er tilgjengelige på telefon gjennom hele arbeidsdagen vår. Vi gjør konsekvent mange forsøk på å komme i kontakt med pasienten. Vi holder åpent for kontakt lenge og helt til at vi vurderer det som forsvarlig å avslutte kontakten. Selv om Uteteam Ung er blitt tilført flere personalressurser de siste årene, er vi fortsatt sårbare ved ferieavviklinger, sykefravær eller

annet fravær av personell. For å sikre forsvarlig pasientbehandling har vi laget et system internt som gjør at vi følger opp alle pasienter selv om behandlingsansvarlig personell har fravær.

Vi forsøker å lete etter, dyrke, støtte og utfordre pasientens motivasjon. Vi leter etter tro på endring og tro på behandling. Vi spør pasienten om deres mål knyttet til eget rusmønster, og søker å oppnå allianse og hjelpe pasienten på veien. Vi er også bevisste på å skille person og problem. Vi bruker ulike faglige metoder, og erfarer for eksempel at eksternaliseringsteknikker av problemet, som står sentralt i narrativ metode, er nyttige i møte med mange unge. Narrativ terapi tar utgangspunkt i menneskers behov for å finne mening i livet gjennom identitetsskapende fortellinger. Dette betyr for oss at pasientenes sykdommer, symptomer og problemer ikke er egenskaper ved deres personlighet, men handler om deres egne fortellinger om sine problemer.

Vi tilpasser våre tiltak til pasientens behov og ønsker. Samtaler er vårt viktigste verktøy. Hos noen kan det å løse problemer være det viktigste, for andre kan det være emosjonell støtte og hjelp med følelsesbevissthet. Vi tar blant annet i bruk intervensjoner fra narrativ metode, eksponeringsterapi, kognitiv terapi, emosjonsfokusert terapi og tilknytningsteori. Motiverende intervju brukes der det vurderes som hensiktsmessig.

Vår tilnærming er *relasjonell*, fordi det å få til endring uten en trygg og god relasjon er vanskelig. Vi jobber med å bygge relasjon, overføre den og avslutte relasjonen. For å hjelpe oss med dette bruker vi teorier om tilknytning. Pasienten skal i hovedsak ha én kontaktperson å forholde seg til når de får oppfølging hos oss. Vi jobber bevisst med å nedtone vår rolle som spesialist, og ser heller på vår rolle som *medvandrer* i en periode av pasientens liv. Vi ønsker å se på oss selv som likeverdige parter og er opptatt av å vise oss frem som medmennesker, som bryr oss om pasientene våre. Det er også viktig for oss å få tilbakemeldinger fra pasienten, for eksempel ved ønske om å bytte behandler.

Vi jobber med avslutning av relasjon tidlig i prosessen. Det er viktig for oss å understreke at oppfølgingen og behandlingen vi gir er midlertidig. Det kan for eksempel bety at når våre pasienter mestrer oppfølging i ordinær poliklinikk, trekker vi oss ut. En viktig del av vårt arbeid er å hjelpe personen med å formidle behov, ressurser og håp til neste hjelper i behandlingsskjeden. Her er vi bevisste på å bidra til felles språk og forståelse mellom personen og neste hjelper, for å unngå at pasienten skal oppleve fremmedgjøring og avmakt.

Videre har vi ukentlig veiledning i teamet, som prioriteres høyt. Her jobber vi mye med egen følelsesbevissthet, slik at vi blir bedre rustet til å stå «løpet ut» med våre pasienter.

At vi er *ressursorientert* innebærer at vi er opptatt av å skille mellom person og problem. Vi utforsker pasientens mestringsfortellinger og vi leter aktivt etter personens egne interesser, ønsker, ferdigheter og evner. Vi er også opptatt av hvem som er, eller som kan være, viktige

og støttende personer i pasientens nettverk. Viktige spørsmål vi stiller oss for å få frem ressurser kan for eksempel være:

- Hva er viktig eller verdifullt for deg?
- Hva får du til?
- Hva er du god til?
- Hva har virket før?

For å sikre kontinuerlig kvalitet og samtidig å utvikle vår behandlingsmetode, er veiledningen for medarbeiderne i teamet obligatorisk, og derfor også å betrakte som en del av vår metode. Uten veiledning mener vi at vi ikke like godt og bærekraftig kunne utføre jobben slik vi ønsker det for denne pasientgruppen, og slik vi mener at den trenger det. Vi veksler mellom intern kollegaveiledning og ekstern veiledning.

Mye av arbeidet utføres ved at et personell arbeider "én-til-én" med oppfølging av den enkelte pasient. Vi har ulike profesjoner i Uteteam Ung, men tilstreber å nærme oss pasientene etter samme metodikk. Fordelingen av pasientene til de ulike medarbeiderne i teamet gjøres utifra spesifikk profesjon, men også utifra den enkelte medarbeiders samlede erfaring og realkompetanse. Det er også en fordel at teamet består av både kvinner og menn. I noen få saker, eksempelvis der hele familien involveres i behandlingen, eller kompleksiteten i ungdommens problematikk vurderes som særlig krevende, jobber vi sammen. Alle pasientsaker gjennomgås systematisk og drøftes ukentlig i vårt tverrfaglige behandlingsteam. I behandlingsmøtene gjennomgås også behandlingsplanen til den enkelte pasient, for å sikre både god tverrfaglig forståelse, nødvendige faglige intervensjoner og likeverdige behandlingstilbud. Som team har vi vektlagt å være tilgjengelige for hverandre, og har lav terskel for å spørre hverandre om råd og hjelp.

6.0 NØKKELTALL

Siden Uteteam Ung startet opp i 2014 har vi mottatt i overkant av 300 henvisninger. Av disse er rundt 40 % kvinner og 60 % menn (DIPS-rapport 1018279). Uteteam Ung behandler om lag 90 pasienter i løpet av ett år og har ca. 1000 pasientkonsultasjoner i året. Bak hver «tellende konsultasjon» må vi i praksis ha mange telefoner og sms'er med den enkelte. «Ikke-møtt» og drop-out problematikk er likevel stor også hos oss.

Majoriteten (60 %) av henvisningene kom fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten, mens øvrige (40 %) kom fra førstelinjetjenesten. Antall henvisninger fra førstelinjetjenesten har doblet seg siden oppstart av tilbudet. Pasientene kommer fra alle bydelene i Oslo, med en overvekt av indre Oslo øst. 2/3 av pasientene er under 23 år og omlag 20 % var under 18 år på henvisningstidspunktet. Gjennomsnittlig alder var 21,6 år. Den typiske varigheten på oppfølging i Uteteam Ung er et sted mellom tre til seks måneder. Om lag 40 % av pasientene

får mer langvarig behandling i poliklinikk etter behandling av Uteteam Ung. De fleste pasientene bruker flere rusmidler om hverandre, hvor vi ser at det er totalen som utgjør en problematisk rusbruk. Nesten alle pasientene tilfredsstill kriteriene for én eller flere psykiske lidelser.

6.1 HVEM HENVISER?

Trenern trodde på mora mi, og mora mi trodde på skolen, og skolen trodde på barnevernet, og barnevernet trodde på politiet, men ingen trodde på meg.

Gutt, 15

Ved oppstart av Uteteam Ung var den typiske pasient en som allerede var pasient ved døgnenheten i Seksjon Ung, og Uteteam Ung fulgte opp pasienten i forkant av innleggelse, ved drop-out samt ved utskrivelse. I dag henvises majoriteten av pasientene direkte til Uteteam Ung. Vi antar at årsakene til dette både er at flere har blitt kjent med tilbudet og at det er etablert et sentralt henvisningsmottak (SHAP) i Avdeling rus- og avhengighetsbehandling, som henviser pasienter direkte til oss.

Analyse av de 50 nye henvisningene som kom til oss i 2019, viser at 30 pasienter (60 %) kom fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten, inkludert 18 henvisninger fra døgnenheten ved Seksjon Ung. Resten av henvisningene (40 %) kom fra ulike deler av førstelinjetjenesten. Når bydelene/kommunen henviser, ser vi at barneverntjenesten, skolehelsetjenesten og allmennlegevakten står for majoriteten av henvisningene. Sammenlignet med teamets oppstartsår, ser vi en dobling av henvisninger fra bydelene/kommunen og en klar tendens til at flere henvisninger kommer fra barneverntjenesten. 10 % av henvisningene kom fra DPS eller BUP i 2019, mens det var ingen ved oppstarten. RUPO har tredoblet sine henvisninger i 2019 sammenlignet med i 2014, og utgjør nå ca. 20 % av henvisningene.

Tallene reflekterer trolig at Uteteam Ung, etter flere års drift, nå er mer kjent ute blant våre samarbeidspartnere og at vi fyller et behov der man ikke vet hvordan unge med rusproblemer kan hjelpes videre. Flere av våre samarbeidspartnere har uttrykt at det oppleves som svært nyttig at vi kommer tidlig inn, og at det oppleves som verdifullt at vi har anledning til å møte pasienten uten henvisning. Etter mer enn fem års drift anses vi som et mer selvstendig tilbud enn ved oppstart i 2014, hvor vi ble ansett mer som et ledd i en behandlingsskjede opp mot døgninnleggelse.

Vi undrer oss litt over at vi ikke får flere henvisninger fra BUP, ettersom det synes som om vi kan komplementere oppgaver som deres rammer ikke gir rom for, for eksempel å jobbe med unge med rusproblemer og psykiske vansker og som ikke klarer å følge opp ordinær poliklinisk behandling.

Dersom unge selv eller samarbeidspartnere tar direkte kontakt, tilbyr Uteteam Ung informasjonssamtaler, men ønsker den unge videre kontakt, ber vi om en formell henvisning. Vi forsøker å være så raske vi kan med å tilby informasjonssamtale, mens «mulighetsvinduet» for kontakt er der, samtidig som vi ikke definerer oss som et akutt-team. Erfaringer viser at det i enkelte tilfeller kan være svært krevende å få formalisert en henvisning. Dette skaper et dilemma, da kontakten med pasienten allerede er etablert og den unge ønsker behandling. Det er derfor avklart med ledelsen i ARA, at Uteteam Ung unntaksvis kan henvise til seg selv. Vi har hittil erfart at vi har henvist til oss selv kun ved et par anledninger, men at det da også var veldig bra at vi hadde anledning til det.

6.2 PASIENTENES BYDELSTILHØRIGHET

Analyser av nyhenviste pasienter viser at Uteteam Ung i hele perioden har behandlet pasienter fra hele Oslo. Den prosentvise bydelstilhørigheten har holdt seg relativt stabil, med unntak av at Uteteam Ung, i tråd med etablert opptaksområde, nå kun unntaksvis behandler pasienter fra Akershus universitetssykehus. Vi registrerer også at av nyhenviste pasienter i 2019 var 12 % uten folkeregistrert adresse i Oslo, men likevel henvist fra bydel. Dette er unge mennesker som de facto bor og oppholder seg i Oslo, men som ikke har endret folkeregistrert adresse. Henvisningene fordelt på sektor ser slik ut:

Sektor	2014	2019
Ullevål sykehus (OUS)	38 %	43 %
Lovisenberg diakonale sykehus	43 %	36 %
Diakonhjemmet diakonale sykehus	11 %	18 %
Akershus universitetssykehus	8 %	2 %

6.3 ALDER OG KJØNN

20 % av de nyhenviste pasientene var i 2019 under 18 år. 46 % var i aldersgruppen 18-23 år, mens 34 % var i aldersgruppen 23-30 år. Av de eldste var majoriteten 24-25 år. Ved henvisningstidspunktet var yngste pasient 15 år og eldste 30 år. Våre pasienters gjennomsnittsalder i 2019 var 21,6 år. I 2014 var gjennomsnittsalderen på 22,7 år. Dette viser at gjennomsnittsalderen på våre pasienter har gått ned med over ett år. De fleste er i alderen 23-24 år (28 % av pasientene), men også 17-åringene er sterkt representert - i 2014 var ca. 3 % av nyhenviste pasienter 17 år, mot 14 % i 2019.

Kjønnfordelingen har utviklet seg slik:

	2014	2019
Gutter	57 %	70 %
Jenter	43 %	30 %

Som vi ser, er det en tydelig økning i henviste gutter/menn sammenlignet med i 2014, da gutter/menn var i svakt overtall sammenlignet med jenter/kvinner. Dette bildet stemmer i stor grad overens med det man ellers ser i rusbehandling. Den relativt større andelen av kvinner i oppstartsåret 2014, kan muligens forklares med at det var mange henvisere som hadde kontakt med unge jenter og som ikke visste om relevante steder å henvise dem til.

7.0 PASIENTENES RUSMIDDELBRUK

Opiatene, det er mest fordi det demper uro og følelsen av å gå på tomgang. Speeden er verst – den får meg til å føles så dritbra, som jeg kan funke som menneske på en måte. Men weeden og gaminga er det vanskeligste å slutte med. Da blir det på en måte ingenting igjen av livet.

Mann, 27

Om lag en tredjedel av pasientene har ikke en spesifikk rusdiagnose ved henvisning. Dette reflekterer at vi i større grad enn ved oppstart av Uteteam Ung, får henvist unge mennesker som ikke har vært i rusbehandling tidligere og hvor behandlingsapparatet, som BUP og barneverntjenesten, i begrenset grad har kartlagt rusbruken. For å få mer kunnskap og større innsikt i våre pasienters bruk av rusmidler og psykiske helsetilstand, gjennomførte vi en analyse av tilstandsbildet til pasienter vi hadde i behandling i perioden januar til september 2019 (73 pasienter).

Vi ønsket å sammenlikne våre nåværende pasienter med dem vi hadde under oppstartsåret. I 2014 spurte vi pasientene om hva de anså som sitt hovedrusmiddel, samt hva de brukte av andre rusmidler i tillegg. Den gangen oppga samtlige, som hadde mer enn sporadisk heroinbruk (40 %), dette som hovedrusmiddel, uavhengig av om det var andre rusmidler de brukte oftere eller på en mer skadelig måte. Benzodiazepinbruk og alkoholbruk ble kun unntaksvis oppgitt som hovedrusmiddel, selv om dette stemte dårlig med inntrykket vi fikk av omfang, skadelighet og avhengighetsmønster i møte med hver enkelt person. Praktisk talt alle brukte flere rusmidler forholdsvis jevnlig, og inntrykket var at det sjeldent var ett rusmiddel som hadde særstilling. Samtidig var det mange rusmidler som ble brukt så sjeldent at det hadde liten relevans for pasientenes behandlingsbehov.

Vi valgte ved kartleggingen i 2019 derfor å se på hvilke rusmidler som framsto med *omfattende og problematisk* bruk. Dette er en skjønnsmessig vurdering og avhenger av et

godt samarbeid mellom behandler og pasient. Analysene viser at det har vært endringer i pasientenes bruk av rusmidler siden oppstart av Uteteam Ung. I kartleggingen fra 2019 ser vi følgende fordeling av problematisk og omfattende bruk:

- Cannabis 60 %
- Alkohol 35 %
- Heroin 23 %
- Amfetamin 16 %
- Kokain 15 %
- Benzodiazepiner 14 %
- MDMA, GHB mindre enn 2 %

Basert på hvordan det så ut for fem år siden, sammenlignet med nå, er det noen vesentlige endringer i pasientgruppens bruk av rusmidler. Kartleggingen viser at kun et fåtall av pasientene har *ett* klart hovedrusmiddel. De fleste vi møter bruker flere rusmidler om hverandre, og det er *totalen* som utgjør *problematisk rusbruk*.

Cannabisbruken er generelt noe høyere enn for fem år siden. Dette tror vi skyldes forholdsvis utstrakt cannabisbruk blant unge, men også økt fokus på temaet hos skole, politi og barneverntjeneste. Disse instansene fanger i større grad opp unges rusbruk nå, og henvender seg deretter tilsvarende til behandlingsapparatet. Vi har for eksempel hatt flere direkte samarbeidsmøter med BUP om pasienter, der vi bistår med kompetanse om avhengighet. Det har også blitt tydeligere hvilket omfang cannabisbruken har, og hvor skadelig den faktisk er, for mange av de vi først kom i kontakt med der primær henvisningsårsak var heroin- eller amfetaminbruk.

Vi ser mindre heroinbruk nå, enn for fem år siden, hos våre henviste pasienter. Dette tror vi delvis henger sammen med at under oppstarten av Uteteam Ung gjaldt mange av henvendelsene langvarige og komplekse saker. I ettertid tenker vi at det liknet et «opsamlingsheat» av noen av de vanskeligste og mest kritiske tilfellene blant unge. En annen faktor er at vi nå har fått mer kontakt med skole-/helsetjenester, og plukker dermed opp flere unge som har rusproblemer og mangler behandlingstiltak i en *tidligere fase* av problematisk bruk. Opiatbruk er mindre vanlig blant disse.

Generelt ser vi få kjønnsforskjeller når det gjelder hvilke rusmidler som brukes og hvordan. Gutter/menn bruker cannabis i noe større grad enn kvinner/jenter, mens jenter/kvinner i noe større grad bruker alkohol, kokain og MDMA. Materialet er imidlertid ikke større enn at det kan skyldes tilfeldigheter.

Når det gjelder aldersprofil viser kartleggingen at cannabisbruk er overrepresentert blant de yngste av pasientene våre (under 21 år), mens alkohol og heroin er mer vanlig blant de over 21 år. Tall fra Ungdata-undersøkelsene (ungdata.no) viser at alkohol er hyppigst brukte

rusmiddel blant ungdom generelt. Blant Uteteam Ungs brukere er cannabis det mest utbredte rusmiddelet blant de yngste pasientene.

Vi har ikke identifisert problematisk bruk av løsemidler, LSD, fleinsopp, anabole steroider eller khat. Nikotin er heller ikke identifisert her. Delvis avspeiler det pasientgruppen, men det kan også i noen tilfeller peke på vår evne til å spørre etter og fokusere på problematisk bruk av anabole steroider og ikke minst nikotin. Det samme kan sies om avhengighetsatferd innen gaming, vedding og sex, som vi har flere kliniske eksempler på, men som vi ikke har klart å fange opp systematisk i gjennomgang av dette tallmaterialet.

Vi registrer at majoriteten av guttene kommer i kontakt med oss ved at vi får kontakt etter frafall fra skole eller kriminalsaker hos politiet. Uteteam Ung er ofte første kontakt med behandlingsapparatet. Vårt inntrykk er at jentene, i tillegg til problematisk rusbruk, har omfattende psykisk lidelse, mangelfull sosial støtte og skepsis til hjelpesystemer. Vi har undret oss over om kjønnsnormer i samfunnet gjør at støtteapparat og foreldre ser på bruken av alkohol og festdop som mer alvorlig hos jenter enn hos gutter, og derfor får dem til å henvende seg for behandling oftere, og om gutter med samme utfordringer unnlater og oppsøke hjelp og dermed ikke blir en del av statistikken vår?

8.0 PASIENTENES PSYKISKE HELSE

Det har vist seg utfordrende å vurdere diagnostisk en målgruppe som ruser seg mye og samtidig strever med å møte til avtaler, særlig når mange av møtene skjer utendørs eller på offentlige steder. Følgende diagnostiske vurderinger baserer seg på tentative vurderinger fra behandlingsteamet.

Vår vurdering er at det er høy grad av psykisk lidelse tilstede i gruppen. Nesten alle tilfredsstiller kriterier for én eller flere psykisk lidelser, og det er rimelig for oss å anta at det er et flertall som sliter, eller ville ha slitt, med dette også om de ikke hadde hatt rusproblemer. Hos de 73 pasientene vi gjennomgikk fant vi:

- Depresjonsdiagnoser: 26 %
- PTSD og traumediagnoser: 21 %
- Personlighetsforstyrrelser: 17 %
- ADHD eller ADD: 17 %
- Angstdiagnoser: 12 %
- Bipolare lidelser: 4 %
- Schizofreni eller kroniske psykoselidelser: 3 %

Det er verdt å legge til at en svært stor andel av ungdommene våre er plaget av angstsymptomer i en eller annen utstrekning, men at vi forstår dette som en del av traumelidelse eller underliggende personlighetsproblematikk.

Noen få (2 av 73) hadde utredninger som viste mentalt evnenivå under normalområdet. I tillegg var flere vurdert å ligge i nedre del av normalområdet på en måte som må forventes å påvirke både funksjonsnivået og utbytte av mange behandlingsformer.

Vi ser også hyppig forekomst av søvnproblemer, kronisk smertelidelse (f.eks. migrene), erfaringer med vold/fysiske- og seksuelle overgrep, psykoser, dissosiative identitetslidelser, samt lese- og lærevansker. Mange av pasientene våre har også somatiske sykdommer og fysiske skader. Sosiale problemer er også utbredt, slik som sosial marginalisering, arbeidsledighet, bostedsløshet, kriminalitet, fattigdom, samt uforutsigbare og psykisk krevende sosiale miljøer blant både familie og jevnaldrende. Etter vår erfaring gjør kompleksiteten i pasientenes tilstand det særlig viktig med en tverrfaglig tilnærming.

9.0 OPPSUMMERING: UTETEAM UNGS TYPISKE PASIENT

I 2014 så vi tre undergrupper av pasienter med en del tilsynelatende fellestrekk og felles behov: 1) Ungdom med cannabisbruk, 2) Pasienter med psykoser (rusutløst eller psykoselidelse) og 3) De med heroinbruk og omfattende sosiale utfordringer knyttet til bolig, arbeid, økonomi, psykisk helse og andre ting. Det var den gangen et inntrykk at dette var forskjellige grupper med behov for forskjellige tiltak.

I 2019/2020 ser vi enda tydeligere at forskjellige behov krever ulik type hjelp. Det er imidlertid mindre tydelige undergruppetendenser. Det er mindre tydelig at noen rusmidler har forskjellige problemer knyttet til seg – vi ser snarere blanding av rusmidler og andre plager, styrt av generell sårbarhet for rusbruk og for psykisk lidelse. De unge vi møter bruker mange forskjellige rusmidler i mange forskjellige perioder, av mange forskjellige grunner og med mange forskjellige følgeproblemer. Totalbildet er dermed mer sammensatt.

10.0 VARIGHET PÅ OPPFØLGING

Jeg vet ikke, jeg trodde bare jeg hadde for dårlig kjemi med hun på poliklinikken og at det var derfor de skreiv meg ut. Etter at jeg kom inn på døgnet og droppa ut derfra, og vi tre hadde det møtet sammen, var det som jeg kunne tro på at hun kanskje brydde seg bittelitt likevel.

Kvinne, 23

Vi tenker på vårt tilbud, med den store areafleksibiliteten og fleksible oppfølgingen vi har, som et første ledd i en kjede for pasienter som ikke klarer, eller ikke ønsker, inn i vanlig ruspoliklinikk, annen spesialistbehandling eller andre tilbud kommunen/bydelene har. Et

klart mål for Uteteam Ung er derfor å jobbe for å forankre pasientens behandling i ordinære behandlingstilbud, dersom de er i behov av langvarig oppfølging. Vårt hovedsakelige arbeid er midlertidig oppfølging og behandling i overgangsfaser.

Vi ser at varigheten av pasientenes oppfølging i Uteteam Ung varierer. 26 pasienter ble avsluttet hos oss i 2019. Ser vi på disse 26 avsluttede sakene, finner vi at pasienten med lengst oppfølging hadde vært hos oss i 889 dager. Pasienten med kortest oppfølging hadde 13 dager. Normen ligger et sted mellom tre til seks måneder.

Av disse 26 pasientene ble ca. 60 % skrevet ut til kommunen/førstelinjetjenesten, mens resten ble henvist videre til annen klinisk enhet ved samme avdeling, andre ruspoliklinikker eller annen spesialisthelsetjeneste.

Av pasienter vi skriver ut til kommunen/bydelene, er det mange som allerede har en kontakt hos NAV og/eller andre kommunale tjenester. Mange pasienter er ikke lenger i behov av videre behandling i spesialisthelsetjenesten og det vurderes som tilstrekkelig at kommunale tilbud følger opp den unge. Andre skriver vi ut fordi vi ikke får til å møte dem selv etter gjentatte forsøk gjennom lang tid.

Intensjonene i Pakkeforløp for rusbehandling er at pasientene skal få et helhetlig og forutsigbart pasientforløp uten unødige ventetid. Den enkelte pasient skal få mer innflytelse på behandlingen, og denne skal evalueres systematisk underveis (Helsedirektoratet.no). Uteteam Ung er positive til intensjonene i pakkeforløpet, men erfarer i praksis at endringene er byråkratiserende. Erfaringene er at strukturert kartlegging er vanskelig for pasienter som er svært ambivalente til å motta spesialisert rusbehandling, eller av andre grunner har problemer med å møte/følge opp, og at målepunktene kan oppleves kunstige. Majoriteten av våre konsultasjoner foregår på telefon eller ute, og ustabil fremmøte og varierende kontinuitet i behandlingen er en hovedutfordring i behandlingsrelasjonene. Vi erfarer derfor at pakkeforløpet i realiteten ikke har gitt noe kvalitetsløft for vår pasientgruppe.

11.0 SAMARBEID MED PÅRØRENDE

Ved etablering av kontakt er familiesituasjon og kartlegging av øvrige pårørende alltid et tema. Der pasienten ønsker det, og vi vurderer det som hensiktsmessig, blir pårørende involvert i behandlingen. I praksis erfarer vi at mange pårørende kan være en ressurs i de unges endringsprosess, samtidig som bildet kan være sammensatt. Mange foreldre trenger også råd og veiledning, slik at den måten de hjelper ungdommene på faktisk bidrar til bedring. Selv om foreldre i all hovedsak har som ambisjon å hjelpe sine barn, kan samspillet ha utviklet uheldige mønstre, som eksempelvis totalt fravær av grenser eller ekstrem rigiditet. Råd og veiledning til foreldre kan derfor erfaringsmessig ha stor betydning, men også være utfordrende.

Noen av våre pasienter har mindreårige søsken eller omsorg for/kontakt med egne barn. Vi anser det som viktig å være ekstra bevisst på det at vi, på grunn av fleksibiliteten vår, kan få opplysninger om forhold rundt barn, som barnevern eller helsevesen for øvrig ikke var klar over. Vi tilstreber derfor å ha en tydelig kommunikasjon for å ivareta våre forpliktelser om aktivt samarbeid med barneverntjenesten.

12.0 RUSENS FUNKSJON - HVORFOR DRIKKER JEPPE OG HVORFOR BRUKER AHMAD OG AMANDA AMFETAMIN?

Uteteam Ung har gjort at jeg ikke følte meg alene i en vanskelig periode med psykisk ustabilitet og rus. Når jeg følte jeg feilet gang på gang og de jeg var mest glad i snudde meg ryggen hadde jeg deg. Selv om jeg ikke alltid møtte opp sendte du fortsatt meg melding og prøvde å strekke ut en hånd, noe som hjalp meg mer enn man tror. Er veldig takknemlig for deg og hvordan du har stilt opp og vært en del av mitt støttende system.

Kvinne 25

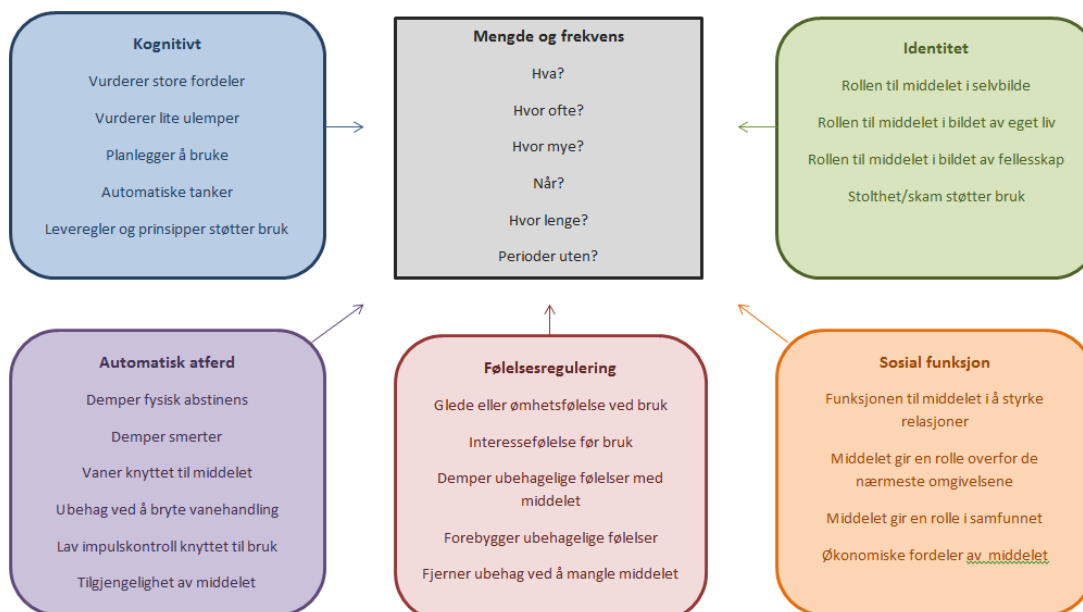
Det er et stort spenn i hvilken funksjon rusen har for den enkelte pasient og hva som gjør at rusmiddelbruken opprettholdes. Vår erfaring er at det handler om så vel bevisste valg, vanemessig og/eller impulsiv atferd, som regulering av følelser, sosial identitet og sosiale relasjoner. Paradoksalt nok har vi erfart at *rusens funksjon* ofte ikke tematiseres tilstrekkelig i rusbehandling. Vi har derfor utviklet et eget skjema for å kartlegge rusens funksjon. På den måten ønsker vi å få konkret kunnskap om den enkelte pasients vurdering av hvorfor hen ruser seg og hvilke effekter – positive og negative – rusen har for den enkelte. Den enkelte pasient fyller ut dette skjemaet i løpet av de første samtalene.

SELVVURDERING AV AVHENGIGHET AV



Behandler fyller ut et lignende skjema som brukes i arbeidet med å utvikle pasientens behandlingsplan. Dette ser slik ut:

VURDERING AV EN ANNENS AVHENGIGHET AV



I arbeidet med å oppsummere erfaringene til Uteteam Ung, har vi gjennomgått disse skjemaene til om lag 40 pasienter.

Faktorer som ble trukket fram av flere av brukerne var:

- de gode følelsene bruken satte i gang
- iveren knyttet til å skaffe seg rusmidler og innta dem
- effekten rusmidler har i å dempe eller også forebygge vanskelige følelser
- lett tilgang til rusmidler og vansker med å styre impulser
- vaner og ubehag ved å bryte dem
- hva rusmidlene gjorde for selvbilde og selvfølelse
- bruken av rusmidlene i seg, hhv effekten av dem, som middel til å styrke samhold og sosialt samvær

Behandlerne så mange av de samme tingene, men la noen ganger større vekt på følgende:

- effekten i å håndtere vanskelige følelser
- de unges aktive valg og vurderinger
- tilgjengeligheten av rusmidler i sosiale miljøer
- rusmidlets rolle når det gjaldt å skape gruppeidentitet
- som billett til å få delta i fellesskapet
- å dempe fysisk abstinens

Det er interessant å merke seg at det i stor grad var overlapp og likhet i hvordan brukerne og behandlerne vurderte hvilke faktorer som påvirket rusbruk. Det var likevel verd å merke seg at «å dempe fysisk abstinens» var trukket fram av noen, men relativt få, og oftere av behandlere enn pasienter. Det fremstår som at det er psykologiske og sosiale faktorer som først og fremst påvirker rusmiddelbruken blant våre pasienter.

Erfaringen fra å bruke «skjemaene» for å tematisere rusmiddelbrukens funksjon, er at det har gitt mange gode innganger til samtaler om rusbruk, med mer fokus på mestring enn på moral. Vi har derfor valgt å systematisere dette, og kartlegger nå rutinemessig *rusens funksjon* i samtaler med alle våre pasienter. Dette er også et nyttig supplement til mer diagnostiske utredninger for å sette ulike avhengighetsdiagnoser. Pasienter og behandlere erfarer at kartlegging av rusmiddelbruk og dialog om rusens funksjon paradoksalt nok i for liten grad er systematisert i rusbehandling. Vi håper derfor at våre erfaringer og spørreskjemaene kan være nyttig også for andre som driver med rusbehandling. Vi håper også at vi etterhvert kan systematisere erfaringene gjennom et forskningsprosjekt.

13.0 SAMARBEID MED ANDRE HJELPEINSTANSER

På BUP sa de at opplegget deres ikke var tilpassa sånne som meg, på RUPO sa de at jeg hørte hjemme i psykisk helsevern, på DPS sa de jeg hadde for mye rus til at de kunne hjelpe, og så var jeg ikke psykotisk nok for ROP. På NAV sier de at jeg må gå i behandling for å få penger.

Mann, 19

En viktig del av Uteteam Ungs mandat er å bidra med råd og veiledning til samarbeidspartnere både i første- og andrelinjetjenesten. Vi prioriterer derfor å samarbeide med andre hjelpeinstanser og deltar regelmessig på samarbeidsmøter med bydelenes hjelpetilbud innen både rus- og psykiske helsetjenester, NAV og barneverntjenesten, samt fastlege, legevakt, kriminalomsorg og politi. Vi deltar også på samarbeidsmøter med øvrig spesialisthelsetjeneste både i TSB (Avdeling rus- og avhengighet ved OUS, ruspoliklinikker ved Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus, og øvrige private behandlingstilbud), psykisk helsevern (DPS, BUP, FRONT-team) samt somatiske helsetjenester. Erfaringene er at vi kan forsterke andres behandlingsopplegg, for eksempel i BUP, ved å bidra med rusfaglig kompetanse.

Vi ønsker å bidra med informasjon og kunnskapsformidling til hjelpeinstanser som selv ikke har særlig kompetanse på rusmiddelbruk, skadevirkninger eller mangler kunnskap om Uteteam Ungs behandlingstilbud. Informasjon om Uteteam Ungs behandlingstilbud har også vært formidlet på møter i de regionale helseforetakene og til Helsedirektoratet. Når vi deler informasjon om vårt tilbud i Uteteam Ung, informerer vi også gjerne om øvrige behandlingsmuligheter i avdelingen.

Vi deltar også regelmessig i fagnettverket SALTO (Sammen lager vi et tryggere Oslo) hvor politi og barnevernsvakt er sentrale aktører. Vi har også bidratt med undervisning til personell på videregående skoler (lærere, helsesykepleiere, oppfølgingstjenesten) og erfarer at det å gjøre tilbudet vårt kjent på en videregående skole ofte medfører nye henvisninger.

Erfaringen er tydelig på at når vi gjør Uteteam Ung kjent for samarbeidspartnere, så øker antall henvisninger derfra – i hvert fall midlertidig. Vi vurderer det derfor som en viktig del av vårt arbeid å markedsføre oss med jevne mellomrom. Størrelsen på teamet gjør imidlertid at det er begrensninger i hvor aktivt vi kan markedsføre tilbudet om våre tjenester. Hadde teamet vårt vært større kunne vi ha nådd flere unge med alvorlige rusmiddelproblemer - at behovet eksisterer, er tydelig for oss.

14.0 AMBULANT BEHANDLING UNDER KORONAPANDEMIEN

Hei, er blitt litt syk så kan vi evt vente et par dager før vi har møtet? Tror bare det er en forkjølelse men er ikke sikker. Mann, 24

Koronapandemien har vært krevende for mange unge med rusmiddelproblemer. Vi ser at de unge, i likhet med resten av befolkningen, er opptatt av å ta smittevern hensyn, og de er også blitt påvirket av både nasjonale og lokale tiltak. Hvordan pandemien har påvirket pasientenes rusmiddelbruk varierer. Noen forteller at de har redusert rusbruken, andre forteller at manglende tilgang på cannabis har gjort at de har brukt sterkere rusmidler som heroin og amfetamin. Noen har redusert rusmiddelbruken, fordi de er mindre sammen med andre mennesker, og mindre sosiale fellesskap fører for noen til mindre rusing. Andre forteller det motsatte - mindre sosiale fellesskap gjør at de blir mer alene og bruker mer rusmidler.

Da den første nasjonale nedstengningen var et faktum, 12. mars 2020, prioriterte Uteteam Ung å opprettholde kontakt med alle pasienter på telefonen. Pasientene ga unison tilbakemelding om at det var bedre å ha kontakt på telefon enn å ikke ha det. Det var kun unntaksvis at pasienter ikke ville snakke på telefonen. Videokonsultasjoner har i liten grad blitt brukt. Mange pasienter gir inntrykk av at telefonsamtalene er krevende nok, i tillegg forteller mange om barrierer ved videokonsultasjoner, som behovet for Bank-ID, pc/smart-telefon, tilgang på trådløs nett osv. Uteteam Ung er også opptatt av å ivareta pasientsikkerhet med å bruke sikre kanaler. Bruk av Facetime, Snapchat o.l. er derfor uaktuelt. Enklere teknologi hadde nok i praksis redusert terskelen for å bruke video som virkemiddel, både for pasientene og for oss som behandlere.

Samarbeid med andre hjelpeinstanser var krevende særlig i den første fasen med koronapandemien. Dette gjaldt særlig NAV, men også andre kommunale hjelpeinstanser. Både pasientene og vi opplevde at noen samarbeidspartnere kunne være lite tilgjengelig både på telefon, e-post og for samarbeidsmøter. Saksbehandling av ulike søknader tok for mange pasienter uforholdsmessig lang tid.

Uteteam Ung har opprettholdt aktiviteten under den pågående pandemien. Vår erfaring er likevel at det er vanskeligere å gjennomføre gode terapeutiske samtaler over telefonen, og at mye av kontakten fikk mer preg av oppfølging. Eksempelvis er stillhet en viktig del av den gode terapeutiske samtalen, men dette er vanskeligere å få til i en telefonsamtale.

Da det igjen ble mulig å ha fysiske møter med pasientene prioriterte vi å gjennomføre ambulante konsultasjoner. Vi har derfor siden april/mai 2020 fortsatt å tilby ordinære ambulante konsultasjoner, men har samtidig et kontinuerlig fokus på smittevern. Mange av samtalene med de unge foregår utendørs, vi vurderer alltid om pasienten vil klare å opprettholde avstandskravene, vi etterspør systematisk deres egen vurdering av risiko for smitte, samt vi gjennomfører standardisert «pretriagering» (smitterisikovurdering). Vi er ikke kjent med at pasienter og personal har smittet hverandre.

Antall henvisninger ble redusert fra april og gjennom sommeren, men kom gjennom senhøsten igjen tilbake til tilnærmet «normalt» nivå igjen.

Når det gjelder samarbeidet internt i Uteteam Ung har vi vært opptatt av å opprettholde tverrfaglig behandlingsmøte, personalmøter og veiledning også under pandemien. Dette er viktig for å opprettholde metoden vår - *Fleksibel TSB* - og har etter vår erfaring vært særlig viktig da vi gjennomlever en nasjonal krise. I første fase under våren og gjennom andre smittebølge i høst ble disse møtene gjennomført digitalt. I perioder med mindre smittetrykk og når forholdene har tillatt det, har vi gjennomført fysiske møter, men da med to meters avstand, for å unngå eventuell karantene.

15.0 VEIEN VIDERE

Jo, men i starten turte jeg bare snakke på telefon uansett. Det var derfor det tok så lang tid, tror jeg. Jeg orka ikke å se ett sånn hyggelig ansikt til.
Kvinne, 25

Ved å få en person inn i rusbehandling, kan man berge mange leveår og redusere helsetap. Det kan være utfordrende for hjelpeapparatet å nå unge rusavhengige – og for dem å oppsøke/komme til hjelpeapparatet. Ved å være fleksibel og møtes ute (ambulant), der det passer best for pasienten, har vi fått til å møte pasienter som ellers ikke hadde fått til å nyttiggjøre seg poliklinisk behandling. Å møte dem ute, der hvor de ønsker, kan være med på å utjevne makt. Flere av pasientene har uttrykt bekymring og skepsis til å legge seg inn til behandling. Ved å møte dem ute, kan vi være med på å redusere denne frykten og motivere til videre døgntil behandling. Etter flere års drift er vår erfaring entydig på at ambulante tiltak som metode er særlig egnet til å nå unge rusavhengige.

Behandling i døgntil behandling er kostbart, og det er viktig at en person som er ferdig behandlet blir fulgt videre opp poliklinisk, for å sikre denne i den sårbare tiden etter utskrivning. I helsetjenesten er det et veletablert prinsipp at flest mulig pasienter skal motta sin behandling på laveste nødvendige behandlingsnivå – i førstelinjetjenesten, poliklinisk i spesialisthelsetjenesten, eventuelt ved døgntil behandling i spesialisthelsetjenesten. Vi vet at mange av pasientene i vår målgruppe kan ha vanskelig for å nyttiggjøre seg regulær poliklinisk oppfølging. Ambulante tjenester kan bidra til å gjøre polikliniske tjenester reelt tilgjengelig for pasientene.

Overgangen fra døgntil behandling til poliklinisk behandling kan også være krevende. Pasienter har fortalt oss ulike grunner til at det kan være vanskelig å møte opp på en ordinær poliklinikk. De føler seg stresset og engstelige og uttrykker at det koster dem mye å gå et sted hvor de ikke er godt kjent. Vår erfaring er at flere pasienter trenger at vi følger dem i overgangen fra døgntil behandling til poliklinikk, og at det i praksis er en forutsetning for at de skal kunne ta imot det polikliniske tilbudet. Vår erfaring er at det å ha en behandler i ruspoliklinikk øker sannsynligheten for at effekten av gjennomført rusbehandling i døgntil behandling opprettholdes. Vi er derfor overbevist om at det alt-i-alt ligger store

kost/nytte-fordeler i å jobbe på denne måten både økonomisk og i livskvalitet, både for pasienten og pårørende.

Oppsummert er våre erfaringer disse:

- Vi har møtt pasienter som det ville ha vært vanskelig å nå på andre måter.
- Vi har flere pasienter som også er psykisk syke.
- Vi har møtt flere pasienter hvor det er mistanke om ubehandlet psykoselidelse. Det er her vanskelig å vurdere hvorvidt det er snakk om rusutløst psykose eller om det er en underliggende psykoselidelse.
- Vi har møtt pasienter med lav kognitiv fungering som er i behov av støtte og hjelp i kommunen/bydelen.
- Vi har hjulpet til med rask reinnleggelse på døgnenhet (inkl avgiftningsenhet) ved behov.
- Vi har forhindret reinnleggelse ved å være tett på og hjelpe pasientene ute.
- Vi har sett at overgangene kan være vanskelige for pasientene, men at vi kan hjelpe med å gjøre overgangene lettere.
- Vi har erfart at det kan være en høy terskel for pasientene å bestemme seg for behandling.
- Vi har sett at det kan være vanskelig for pasientene å finne meningsfull aktivitet å fylle dagene med/å etablere et rusfritt nettverk etter behandling.
- Vi har blitt møtt med velvilje og interesse av samarbeidspartnere.
- Vi erfarer et godt samarbeid og god støtte i Seksjon Ung.
- Flere yngre henvises – inklusive der pasienten ikke har annen oppfølging og som er i en fase der rus testes ut.
- Vi tilpasser behandlingen reelt til den unges livssituasjon og behandlingsbehov, og den er kjennetegnet ved at vi «ikke gir opp» pasienten.
- Lengde på pasientforløpet fastsettes i nært samarbeid med den enkelte ungdom og tverrfaglige vurderinger i behandlingsmøtet.

Vi har sterkt fokus på å inngå i samarbeid med sentrale aktører i pasientenes nettverk, slik som NAV, barneverntjenesten, fastlege, skole/arbeidsgivere og øvrig spesialisthelsetjeneste. Erfaringen vår er at pasienter kan oppleve oss som viktige allierte i møte med andre hjelpeinstanser, men også at instanser som selv mangler rusfaglig kompetanse opplever at vår kunnskap er nyttig. Et eksempel på et slikt samarbeid er når BUP/VOP kan fortsette å behandle pasientens psykiske helseproblemer, mens vi bistår i å behandle rusavhengigheten.

På veien videre blir det derfor viktig med:

- Kontinuerlig arbeid med å gjøre oss relevante for pasienter og samarbeidspartnere.
- Etablering av kontakt/relasjon med pasienter som henvises til oss.

- Oppstart av behandling selv før henvisning, mens vi påser at formell henvisning kommer på plass, for å ha fortsatt lav terskel for å tilby spesialisert rusbehandling.
- Balansere opprettholdelse og evt. utvidelse av vårt nettverk utfra behov og kapasitet.
- Bevisstgjøring av fokus på Uteteam Ungs målgruppekriterier: hva slags kriterier skal ligge til grunn for henvisning og inntak?
- Kontinuerlig utvikling og forbedring av metoden vår med særlig fokus på pasientens ressurser (narrativt perspektiv og avhengighetsforståelse).
- Dersom vi får økte personalressurser vil vi kunne nå flere unge med alvorlige rusmiddelproblemer.

Vi ønsker også å dele våre erfaringer med andre miljøer i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling som arbeider ambulant i møte med unge mennesker. Så langt har vi hatt kontakt med miljøer i Stavanger-regionen, Bergen og på Sørlandet. I tiden fremover håper og tror vi at enda flere miljøer vil etablere ambulante behandlingstilbud.

Vi gleder oss til å samarbeide og dele erfaringer i tiden fremover!