

Evaluering av Rusakuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus HF

Forfattere

Jan-W. Lippestad
Sissel Steihaug

Rapport

Evaluering av Rusakuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus HF

EMNEORD:Sykehus
Strategi
Sykehusområder
Foretak
Kvalitet
Økonomi**VERSJON**

1,0

DATO

2015-08-11

FORFATTER(E)Jan-W. Lippestad
Sissel Steihaug**OPPDRAGSGIVER(E)**

Oslo Universitetssykehus HF

OPPDRAGSGIVERS REF.

Espen Arnevik

PROSJEKTNR

102007735

ANTALL SIDER:

69

SAMMENDRAG

SINTEF Teknologi og samfunn Avdeling Helse legger med dette fram sluttrapport fra prosjektet "Evaluering av Rusakuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus HF". Data er først og fremst samlet inn gjennom intervjuer med pasienter, ansatte og ledere, samarbeidspartnere og Brukerrådet, samt tilgjengelige registerdata. Vår hovedkonklusjon er at Rusakuttmottaket er en vellykket etablering og et godt akutttilbud. Tilbudet har sin styrke i akutttilbudet og det tverrfaglige samarbeidet, samtidig som dagens organisering, med tett kobling mellom mottaksenhet og døgnenhet vurderes som hensiktsmessig. Arbeidet med bedre samarbeid med øvrige akutenheter (somatikk og psykiatri) bør videreføres.

UTARBEIDET AV

Jan-W. Lippestad, seniorrådgiver

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Marian Ådnanes, forskningsleder

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR**RAPPORTNR**

SINTEF A27021

ISBN

978-82-14-05962-5

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Innholdsfortegnelse

Forord	5
1 Bakgrunn	6
1.1 Helsepolitiske føringer	6
1.2 Pasienters erfaringer med rusbehandling	7
1.3 Brukermedvirkning	8
1.4 Etablering av Rusakuttmottaket	9
2 Evalueringsmetode	13
2.1 Problemstilling	13
2.2 Intervju.....	13
2.3 Informanter	14
2.4 Kvantitative data	16
3 Resultater	17
3.1 Rusakuttbegrepet	17
3.2 Rusakuttmottaket – en vellykket etablering.....	18
3.3 Pasientene ved Rusakuttmottaket.....	21
3.3.1 Hvem er pasientene ved Rusakuttmottaket?.....	21
3.3.2 Pasientene har ulike erfaringer med Rusakuttmottaket	22
3.3.3 Brukerrådets mener at Rusakuttmottaket er et godt tilbud	26
3.4 Arbeidet ved Rusakuttmottaket	29
3.4.1 Aktivitetstall.....	29
3.4.2 Arbeidet ved Rusakuttmottaket – slik ansatte og ledere beskriver og vurderer det.....	31
3.4.3 Bemanning og kompetanse	45
3.5 Samarbeid mellom Rusakuttmottaket og det øvrige hjelpeapparatet.....	47
3.5.1 Samarbeid – noen aktivitetstall	47
3.5.2 Rusakuttmottakets samarbeid utad	49
3.5.3 Oslo kommunale legevakts samarbeid med Rusakuttmottaket	50
3.5.4 Ruskonsulentenes perspektiv på samarbeidet med rusakuttmottaket	51
3.5.5 Fastlegenes perspektiv på samarbeidet med Rusakuttmottaket.....	54
3.5.6 Spesialisthelsetjenestens perspektiv på samarbeidet med rusakuttmottaket	55
4 Drøfting og konklusjon	57
4.1 Rusakuttmottaket – en vellykket etablering.....	57
4.1.1 Et godt tilbud til pasientene som mottas	57
4.1.2 Kompetanse	58
4.2 Tilgjengelighet for Rusakuttmottakets målgruppe	58

4.2.1	Målgruppen for RAM – nås den?.....	59
4.3	Brukermedvirkning	61
4.4	Rusakuttmottakets tilbud som del av et helhetlig tilbud	61
4.5	Organisatoriske forhold ved Rusakuttmottaket	65
4.6	Er Oslomodellen overførbart til andre steder i landet?	65
5	Referanser.....	67

Forord

Vi viser til Forespørsel 2014/5518 om anskaffelse av "*Evaluering av Rusakuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus HF*". SINTEF legger med dette fram sluttrapport fra evalueringen.

Prosjektleder har vært seniorrådgiver Jan-W. Lippestad som har gjennomført prosjektet sammen seniorforsker Sissel Steihaug. Forskningsleder Marian Ådnanes har vært kvalitetssikrer og forskningssjef Randi E. Reinertsen har vært prosjektansvarlig. Prosjektet er gjennomført i perioden juli 2014 – juni 2015.

Vi vil få takke ledere og ansatte ved Avdeling rus- og avhengighetsbehandling for at de tok vel i mot oss og stilte opp som engasjerte informanter og for å ha bistått oss med å fremskaffe kvantitative data til evalueringen. En spesiell takk til Carl Åmodt for veldig god bistand når det gjelder å få avtalt intervjuer med pasienter.

Videre vil vi få takke Brukerrådet, ansatte ved Oslo Kommunale Legevakt, samarbeidspartnere i NAV, fastleger, spesialisthelsetjenesten og ved behandlingsinstitusjoner for at de stilte opp til intervjuer.

Oslo 11. august 2015

Jan-W. Lippestad
seniorrådgiver

Sissel Steihaug
seniorforsker

1 Bakgrunn

1.1 Helsepolitiske føringer

Siden Sosialdepartementets St. Meld. 66 *Om narkotikaproblemer* fra 1975-76 er det lagt fram mange stortingsmeldinger og handlingsplaner for hjelpetilbud til rusmiddelmissbrukere. For eksempel ble retten til helse- og sosialtjenester for mennesker med rusproblemer slått fast i St.meld. nr. 69 (1991-92) *Tiltak for rusmiddelmissbrukere* og i Lov om sosiale tjenester som trådte i kraft i 1993. En lang rekke tiltak er blitt igangsatt for å forebygge og behandle rusproblemer. Til tross for det konkluderte Nesvågutvalget i 1999 med at tjenestetilbudet til gruppen var for dårlig (Sosial- og helsedepartementet 1999). Det ble anbefalt en rekke ny tiltak (Sosialdepartementet 2002) uten at heller dette ga gruppen et tilfredsstillende tjenestetilbud.

Ut fra en erkjennelse av at hjelpetilbudet til mennesker med samtidig psykiske vansker og rusmisbruk var utilfredsstillende i Norge, og at integrert behandling er hensiktsmessig, ble "*Rusreformen*" gjennomført (Helse- og omsorgsdepartementet 2004). En viktig bakgrunn var overføringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunen til staten fra 1. januar 2002 (sykehusreformen). Fra 1.1.2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisthelsetjenester til rusmisbrukere – "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere" (TSB) - som inkluderer både psykologisk, medisinsk og sosialfaglig kompetanse. Personer med rusavhengighet som ønsker behandling, fikk pasientrettigheter, og spesialisthelsetjenesten fikk ansvaret for å tilrettelegge behandlingen. Evaluering av reformen i 2006 viste at ventetiden for alle typer tiltak hadde økt og at tilbudene var oppsplittet i oppdelte ansvarsområder med mange brudd i kontakten mellom bruker og hjelpeapparatet (Lie 2007). Det var tydelige geografiske forskjeller i tilbudene. Det kunne knapt påvises bedring i samarbeidet om brukerne, og noen informanter i helse- og sosialtjenesten rapporterte om dårligere samarbeid (ibid).

Opptappingsplan for rusfeltet (2008 – 2012) fortsatte føringene fra Rusreformen og hadde som mål at rusavhengige skal tilbys den hjelp de har behov for. Planen skulle sikre mer tilgjengelige tjenester tilpasset individuelle behov, for dem som trenger dem – når de trenger dem. Det legges både opp til økt aktivitet og et faglig løft, både innenfor forebygging, behandling og oppfølging. Planen inneholder videre tiltak for å bedre samhandlingen, da dette er en av de største utfordringene rusfeltet står overfor. Økt brukerinnflytelse er et sentralt perspektiv. Evaluering av opptappingsplanen viser at, med få unntak, alle 147 tiltakene i opptappingsplanen er gjennomført eller igangsatt, og mange av delmålene i planen er helt eller delvis oppnådd (Helsedirektoratet 2002, IS 1999). Imidlertid gjenstår mye før alle målene i opptappingsplanen er oppnådd (ibid). I kommunene er det fortsatt behov for tilrettelagte og varige botilbud med nødvendige oppfølgingstjenester i bolig og meningsfull aktivitet/arbeid. Innen TSB er det et uttalt behov for økt kapasitet på alle nivåer i behandlingen; fremover bør økning i avrusningsplasser med mulighet for påfølgende døgnbehandling ha økt prioritet. Tilgjengelighet, kontinuitet og individuelt tilpasset behandling er sentralt dersom rusbehandling skal ha god effekt. Det er fortsatt store gap mellom anbefalt behandling og praksis når det gjelder personer med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. For å bedre

samhandling og kontinuitet i tjenestene nevnes bl.a. de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene, praksiskonsulentordning, å øke bruken av individuell plan og tiltak for å øke bruken av avtalesystemer. Selv om det er iverksatt flere samhandlingstiltak, fremstår det totale tilbudet for personer med rusmiddelproblemer fortsatt som fragmentert og lite samordnet (ibid).

Samhandlingsreformen, St.meld. 47 (2008-2009) *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, ble innført fra 1.1.2012. Reformen retter oppmerksomhet mot kostnadseffektivitet og endret ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Et overordnet mål er bedre koordinerte tjenestetilbud med bedret samarbeid mellom fagfolk og etater. Flere oppgaver overføres til kommunene, mens spesialisthelsetjenesten skal bli mer spesialisert. Penger overføres til kommunene for å utføre nye oppgaver, men ingen midler er øremerket rusfeltet. Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016) legger stor vekt på samarbeid mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helseforetak om arbeidsrettede tiltak og helsemessig behandling for personer med psykisk helse- og rusproblemer.

I St.meld. 30 (2011-12) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk* ble status og utfordringer på rusfeltet beskrevet, og det fremgår at det gjøres mye godt arbeid både i kommuner, i spesialisthelsetjenesten, i private virksomheter og i frivillige organisasjoner. Likevel er det store utfordringer i tjenestetilbudet til personer med rusproblemer, som bl.a. samhandlingsutfordringer, at problemer identifiseres for sent, fortsatt for lang ventetid og for dårlig oppfølging i kommunene. Det understrekes at mennesker med store rusmiddelproblemer skal møtes med likeverd og respekt, at de skal få behandling og rehabilitering og at hjelpen skal tilpasses den enkeltes behov, samt at den enkelte skal medvirke i utforming av tjenester og beslutninger som angår dem. Tjenestene skal bygge på et bruker- og mestringsperspektiv. Det legges vekt på å bekjempe bostedsløshet, og betydningen av å komme i arbeid understrekes. Igjen pekes på behov for å styrke kunnskap og kompetanse, og på samarbeid og koordinering som den store utfordringen.

1.2 Pasienters erfaringer med rusbehandling

I 2013 forelå resultatene av undersøkelsen *"Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert behandling for Rusmiddelmisbruk"* (PasOpp-rapport 2013). Kunnskapscenteret gjennomførte en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant voksne pasienter 16 år og eldre som har hatt døgnopphold på institusjoner innen TSB.

Undersøkelsen viste stort forbedringspotensial på flere områder. Pasientene vektla å bli møtt med høflighet og respekt, å bli tatt imot ved institusjonen på en tilfredsstillende måte og å føle seg trygge ved institusjonen. Pasientene etterlyste bl.a. bedre tid til samtale med behandlerne/personalet og en opplevelse av at deres situasjon ble forstått. Videre ønsket de bedre informasjon om og innflytelse på en behandling tilpasset sitt behov, samt hjelp med fysiske eller psykiske plager, tilgang til psykolog og lege, aktivitetstilbud ved institusjonen, større mulighet for privatliv og mer samarbeid med pårørende. Brukerne ønsket bedre forberedelse til tiden etter utskrivning og hjelp til å forstå og mestre sine rusproblemer. Oppfølging etter utskrivning og hjelp

fra kommunen var også områder som i følge pasientene burde bedres. Disse pasienterfaringene bekreftes i flere studier gjennomført av SINTEF. Unge brukere med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk ble intervjuet fire ganger i løpet av ett år (Ådnanes 2013). De erfarte lang ventetid på hjelp, svært fragmenterte tjenester og mangelfullt samarbeid mellom hjelperne. De hadde Individuell plan (IP), men denne fungerte ikke etter intensjonen. I en annen studie ble 24 personer, også med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk, intervjuet to ganger i året i to år i forbindelse med at de deltok i et NAV-ledet prosjekt for å komme i arbeid/aktivitet (Steihaug 2012, 2013). Deltakerne vurderte først og fremst en tillitsfull og stabil relasjon mellom bruker og hjelper som avgjørende - å bli respektert og verdsatt, å bli stolt på og å kunne være ærlige. Forfatterne av en fersk kunnskapsoppsummering trekker fram den terapeutiske allianse som det essensielle i og forutsetningen for behandling av denne pasientgruppen (Kelly 2012). I rusbehandling finnes en direkte sammenheng mellom pasient-behandler-relasjonen og behandlingsresultatet (ibid). Deltakerne i SINTEF-studien vektla også at de fikk hjelp til ulike vansker samtidig og påpekte hvor viktig det var at hjelperne samarbeidet (Steihaug 2013). Når erfarne klinikere oppsummerer sine erfaringer med attføringsarbeid for personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk, understrekes samarbeidet (Becker 2005). Klinikkerne påpeker at behandlingen av den psykiske lidelsen, ruslidelsen og attføringshjelpen må integreres. Integrasjon beskrives som at attføringsspesialisten forstår personens misbruk og stadier i recovery-prosessen, og at behandlerne understøtter personenes attføringsprosess og anerkjenner betydningen av å komme i arbeid.

1.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rett for norske pasienter og sterkt vektlagt i helsepolitiske føringer. Det er spesielt viktig for denne pasientgruppen, både fordi gruppen tradisjonelt har hatt liten innflytelse på sine hjelpetilbud og fordi deres individuelle behov er svært ulike. Pårørende er også en gruppe som skal ha oppmerksomhet i behandlingsapparatet (Helsedirektoratet 2012, IS-2043). Pårørende vurderes med hensyn til tre ulike roller: (1) Pårørende som en aktiv del av pasientens behandlingsnettverk, (2) Pårørende med belastninger, plager og bekymring knyttet til en pasient med rusmiddelproblemer/avhengighetstilstand og (3) Pårørende med egne behandlingsbehov som følge av eller parallelt med belastninger knyttet til familiemedlem med problematisk rusmiddelbruk eller en avhengighetstilstand.

Pasienter i det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten opplever imidlertid å ikke bli spurt eller lyttet til (Ådnanes 2013). Det kan ha sammenheng med at brukermedvirkning er spesielt utfordrende for denne pasientgruppen fordi de kan ha vanskelig med å uttrykke egne behov og fordi motivasjon for behandling kan veksle raskt. Mange informanter i SINTEF-studien (Steihaug 2012) trekker fram samfunnets holdning til rus og hevder at det fortsatt er knyttet betydelig stigma til rusmisbrukere, noe litteraturen bekrefter (Todd 2002, Adams 2008). St.meld. 30 (2011-2012) vektlegger da også at pasienter med rusproblemer skal møtes med respekt og mål om opplevd likeverd.

Helsedirektoratets veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid (Helsedirektoratet 2014) peker på at brukeren skal og må være viktigste aktør i tjenestene. Aktiv involvering av brukere i valg av behandling og tjenester er ikke bare en demokratisk rettighet eller politisk og faglig målsetning, men også av stor betydning for effekten av behandlingen. Økt brukerinnflytelse fordrer at alle tjenester og utøvere har en systematisk tilnærming til samarbeidet med brukeren, både i den enkeltes behandling/ bedringsprosess og i utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Påførende er en ressurs og bør møtes som en samarbeidspartner ut fra den rollen de innehar, og samtidig sikres nødvendig støtte og avlastning. Tjenesteapparatet bør informere og oppmuntre brukerne til å ta kontakt med brukerorganisasjonene, brukerstyrte sentre, selvhjelpsgrupper eller andre frivillige organisasjoner, og eventuelt bidra til å opprette kontakten (ibid).

1.4 Etablering av Rusakuttmottaket

Som følge av "Rusreformen" ble rus- og avhengighetsbehandling etablert som et eget område innen spesialisthelsetjenesten 1. januar 2004. Det er en forutsetning at tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal bestå av medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse og at helsehjelpen som ytes, holder et faglig nivå som tilsvarer den øvrige spesialisthelsetjenesten. I Ot.prp. nr. 53 (2006-2007) om endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven fremmet Helse- og omsorgsdepartementet bl.a. en tilføyelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 som pålegger de regionale helseforetak å utpeke akutt plasser for tverrfaglig spesialisert behandling. Forslaget understreker de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for akutt plasser for rusbehandling, for akutt avrusning og kriseinntak.

Aker universitetssykehus HF fikk i 2004 ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Oslo og Follo, og Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ble etablert. Styret ved Aker universitetssykehus vedtok, i Strategiplan for rus- og avhengighetsbehandling 2006-2010, at "det etableres en ny Akuttinstitusjon for rusmiddelavhengige i Oslo som sikrer alle pasienter en faglig forsvarlig vurdering og ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp-behov". I avtale inngått mellom Helse Sør-Øst og Aker universitetssykehus desember 2008 fremkommer det at Aker universitetssykehus skal ha en særskilt oppgave i 2009 ved å ta ansvar for videre planlegging av Rusakutt i Oslo, og det ble satt av ca 50 millioner kroner til rehabilitering av bygningsmasse.

Det fulgte begrensede midler med til drift av Rusakuttmottaket, og eksisterende tjenester måtte omstruktureres for å sikre driften. Det medførte dramatiske endringer i det øvrige akutt- og avrusningstilbudet, blant annet ved at flere enheter, som Montebello og Storgata, ble nedlagt.

Helse Sør-Øst nedsatte en styringsgruppe og en arbeidsgruppe med representanter for Helse Sør-Øst RHF, aktuelle HF, Oslo kommune samt fagforeninger og brukerråd for å utrede et tilbud til pasienter med ruslidelser som har behov for akutt helsehjelp når det ordinære tjenesteapparatet ikke er tilgjengelig. Arbeidsgruppen leverte sluttrapport 1.4.2009 (Rusakutt i Oslo 2009). Utgangspunktet var at pasienter med ruslidelser manglet et hjelpetilbud der rusproblemer og psykiske- og somatiske helseproblemer ses i sammenheng. Målet var å etablere tilgjengelige og helhetlige tjenester til pasienter med alle former for rusrelaterte problemer, skade og lidelser. Tilbudet må tilpasses denne brukergruppens spesielle behov, og målet er at "rusakuttens"

deltjenester i størst mulig grad skal være en integrert del av det øvrige tjenesteapparatet innenfor spesialisthelsetjenesten og i kommunen.

Gruppen anbefalte en todelt løsning med "rusakutten" på Oslo Kommunale Legevakt (OKL) og et Rusakuttmottak på Aker sykehus. Man gikk bort fra denne todelte løsningen og valgte to atskilte enheter. Tilbudet som ble etablert på OKL består av en faglig styrking og utvidelse av det ordinære tilbudet og er en integrert del av OKL. I tillegg er det en faglig styrking gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Videre het det at Rusakutt i OUS/Aker, "Rusakuttmottaket" skal etableres geografisk og funksjonelt tett opp mot somatisk og psykiatrisk akutt mottak ved OUS/Aker og bestå av følgende:

- Et tverrfaglig team/fagstab som skal gjøre vurderinger av alle pasienter som henvises, enkelte oppfølgingssamtaler og i tillegg utføre veilednings- og vurderingstjenester (líasontjenester) og ambulante tjenester.
- En observasjonspost med inntil 12 senger med en liggetid på 48 timer.

Rusakuttfunksjonen ved OUS/Aker skulle understøtte en sammenhengende behandlingsskjede og være en integrert del av øvrige spesialisthelsetjenester, i tett samhandling med det kommunale tilbudet. Rusakuttmottaket skulle i utgangspunktet ha henvisningsplikt. Dog vil alle pasienter som oppsøker mottaket, få vurdert sitt tjenestebehov.

Arbeidsgruppen anbefalte også at Rusakuttmottaket burde utvikles til et ledende kompetansemiljø innen akutt rusbehandling, som bidrar med råd og veiledning til øvrig behandlingsapparat og driver forskning og fagutvikling.

Akuttbegrepet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Fra 1.1.2008 ble tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tatt inn i spesialisthelsetjenestelovens § 3-1 om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. I ot.prp. 53 (2006-2007) heter det i forarbeidet til endringer i Spesialhelsetjenesteloven § 3-1 blant annet: Plikten til å gi akutt/ øyeblikkelig rusbehandling innebærer 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 at det ikke vil være forsvarlig at pasienten henvises til å følge de ordinære prosedyrene for inntak.

Pasienter med rusmiddelproblemer har, som andre pasienter, rett til øyeblikkelig hjelp etter pasientrettighetslovens § 2-1 første ledd. Ved behov for akutt hjelp (øyeblikkelig hjelp) fra spesialisthelsetjenesten er det pasientens tilstand (sykdom) som blir bestemmende for hvor pasienten eventuelt skal tas inn (Helsedirektoratet 2006). Dersom rusmiddelmisbruket er dominerende i sykdomsbilde, må det gjøres en tverrfaglig vurdering, og pasienten må gis hjelp hvis det er behov for det.

Arbeidsgruppen understreket akuttfunksjonen ved rusakuten, og valgte en modell med kompetanse i front og betydelig høyere bemanningsfaktor enn tidligere institusjoner (Rusakutt i Oslo 2009). TBS innebærer både medisinskfaglig, psykologfaglige og sosialfaglige perspektiver. Det har vært viktig å få inn kompetanse på hvert enkelt område, slik at det kan gjøre vurdering på alle områdene. Det skal være et tilgjengelig sted for pasienter som trenger akutttilbud. Det er nå også etablert en legespesialitet innen rus og avhengighetsmedisin, og det kan bidra til å rette oppmerksomhet mot virksomheten og heve fagfeltets status. Andre faggrupper har hatt slik spesialitet også tidligere.

En arbeidsgruppe nedsatt av RHF-nettverk rus var opptatt av å tydeliggjøre akuttbegrepet innen TSB - hva som er akuttbehovene og hva som kan vente lenger og å få på plass en akuttmedisinsk kjede for denne pasientgruppen (Rapport Rusakuttmottak 2010). Sosial- og helsedepartementets program for Standardisering og samordning for informasjonsutveksling i helsevesenet har definert akuttmedisin som raskest mulig kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåking for å hindre lidelse, varig funksjonssvikt eller tap av liv ved akutt oppstått sykdom, akutt forverring av eksisterende sykdom eller skade. Arbeidsgruppen understreker at mange av disse pasientene har kompliserte og sammensatte lidelser som helsetjenesteapparatet ikke har tradisjon for å utrede og behandle. For pasienter med rus- og avhengighetstilstander vil tap av viktige relasjoner, sosial inkludering i arbeid og meningsfulle aktiviteter kunne føre til risiko for varig prognosetap eller behov for betydelig økt behandlingsinnsats. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusrelaterte lidelser har å gjøre med sosiale aspekter som ellers ikke vektlegges i somatisk akuttmedisinsk tenkning. Det er spesielt viktig å tilrettelegge for gode, sammenhengende pasientforløp i behandling av rusavhengighet. Rusmidler påvirker det motivasjonelle apparatets biologi og bidrar til endring av fokus og verdivurderinger. Det er derfor viktig at pasientene får tilbud om sammenhengende støtte i sin ambivalens og spesifikke intervensjoner som hjelp til å gjennomføre sine mål (ibid).

Rusakuttmottaket (tidligere Fagteam) ble etablert 1.1.2010. Rusakuttmottak sengepost ble etablert 1.9.2010. Enhetene er lokalisert på Aker sykehus og tilligger Seksjon for Rusakuttmottak og Avgiftning som er en del av Avdeling for Rus og Avhengighetsbehandling.

Rusakuttmottaket (RAM) ble etablert i "funksjonell nærhet til både somatisk og psykiatrisk akuttmottak" fordi rusakuttbehandling sees som et fagfelt i skjæringspunktet mellom somatikk og psykiatri, og det trengs god samhandling med begge. Deretter ble akuttfunksjonen i både psykiatri og medisin avviklet på Aker. Denne samlokaliseringen var et hovedpoeng, og det finnes et vedtak på at når det blir ledige lokaler på Ullevål, skal RAM flytte dit, men samtidig antas det at det vil ta lang tid før dette skjer.

Rusakuttmottak har sengepost med 13 observasjonssenger for innleggelse i inntil 48 timer. RAM har en tverrfaglig sammensatt personalgruppe bestående av leger, psykologer, spesialsykepleiere, sykepleiere og sosionomer. Enhetene hadde fra starten til sammen 12 + 37,5 årsverk.

Rusakuttmottaket tilbyr hjelp til pasienter med akutte rusrelaterte problemer og sykdommer. Tjenestene ved Rusakuttmottaket skal være tilgjengelige, forutsigbare og omsorgsfulle (Rapport 2010).

Sengeposten må ha kompetanse til å gjennomføre systematisk observasjon av medisinsk tilstand og abstinenssymptomer, samt aktiv medisinsk abstinensbehandling etter dokumenterte medikamentelle regimer (Rapport 2010). Når det avdekkes rusmiddelproblemer, bør pasienten, ifølge ROP-retningslinjen, også utredes for psykiske lidelser (Helsedirektoratet 2012).

Rusakuttmottakets tilbud

På internettsidene til Oslo Universitetssykehus Avdeling for Rus- og avhengighetsbehandling gis det under overskriften "Akuttbehandling – rus og avhengighet" en beskrivelse av hva som venter pasientene når de henvises til Rusakuttmottaket. Vi har valgt å gjengi store deler av denne beskrivelsen som et bakteppe for evalueringen:

Den første undersøkelsen foregår på Rusakuttmottaket. Undersøkelsen er tverrfaglig, det vil si at den baserer seg på et bio-psyko-sosialt perspektiv. Personalgruppen består av personer med sosialfaglig utdanning, sykepleiere, psykologer og leger. Det er alltid spesialistkompetanse tilgjengelig. Undersøkelsen tar utgangspunkt i den aktuelle situasjon og hva som er vanskelig i denne. Det blir lagt vekt på løsningsmuligheter og ressurser. Kartlegging av selvmordstanker eller tidligere selvmordsforsøk hører med til en slik undersøkelse. Det gjøres en kartlegging av pasientens rusmiddelmissbruk, hvor man spør om hvilke rusmidler pasienten har brukt/bruker, når bruken startet, mengde og bruksmåte.

Man kartlegger også pasientens sosiale situasjon, innbefattet arbeid, bolig, familie, viktige relasjoner og interesser, og eventuelt behov for hjelp til å ivareta barn. Videre gjøres en kartlegging av tidligere behandling, nåværende behandlingsnettverk og privat nettverk. Det gjøres en klinisk undersøkelse i forhold til psykiske lidelser.

Pasienten blir også undersøkt av lege for somatiske sykdommer, hvor man i tillegg til en klinisk undersøkelse kartlegger tidligere sykehistorie. Den kliniske undersøkelsen er en grundig legeundersøkelse med måling av blodtrykk, puls og lytting på hjerte og lunger osv. Det tas blodprøver som en del av denne undersøkelsen, evt. urinprøve eller bakteriologiske prøver. Ved behov tas røntgenundersøkelser eller EKG.

Når undersøkelsen er gjennomført, gjøres en tverrfaglig vurdering av hvilken behandling vi kan tilby. En slik undersøkelse kan ofte ta 2-2,5 time.

Undersøkelsen gjennomføres for at pasienten og fagteamet skal få best mulig oversikt over pasientens behandlingsbehov. Pasienten får hjelp av hele faggruppens kunnskap og erfaring til å starte endringsprosesser, eller ta opp igjen den behandling som allerede er påbegynt. Det er fokus på pasientens motivasjon og det som kan hjelpe pasienten videre i behandling.

Undersøkelsen vil også sikre at samtidige psykiske eller somatiske sykdommer får nødvendig behandling slik at dette ikke hindrer bedring av rus- og avhengighetsbehandlingen. Undersøkelsen sikrer også at enheten kan gjennomføre behandlingstiltak uten at det oppstår komplikasjoner ved for eksempel avgiftning.

2 Evalueringsmetode

2.1 Problemstilling

Målet med evalueringen var å fremskaffe kunnskap om Rusakuttmottaket tilbud for å vurdere hvorvidt Rusakuttmottaket oppfyller sine forpliktelser på en tilfredsstillende måte. Målet med Rusakuttmottaket var å etablere tilgjengelige og helhetlige tjenester til pasienter med alle former for rusrelaterte problemer, skade og lidelser. Tilbudet skulle tilpasses brukergruppens spesielle behov, og målet skulle være at Rusakuttmottakets deltjenester i størst mulig grad skal være en integrert del av det øvrige tjenesteapparatet innenfor spesialisthelsetjenesten og i kommunen.

2.2 Intervju

Vi har valgt intervju som metode for innhenting av kvalitative data fordi det er egnet til å få tak i folks erfaringer og den meningen og de refleksjonene de knytter til disse (Malterud 2011). Intervjuene ble gjennomført semistrukturert, hvor vi fulgte en intervjuguide for å sikre svar på sentrale spørsmål fra alle informantgruppene. Intervjuguide ble utviklet for hver informantgruppe på bakgrunn av generell kunnskap om feltet og spesifikk kunnskap om Rusakuttmottaket. Guidene ble brukt fleksibelt ved at det ble gitt rom for å ta opp andre tema enn dem i guiden og at ulike tema kunne utdypes i ulik grad i de forskjellige intervjuene. Intervjuguidene ble endret etter som vi lærte mer om Rusakuttmottakets virksomhet. Intervjuene ble hovedsakelig gjennomført ansikt-til-ansikt, evt. pr telefon i de tilfellene hvor det var vanskelig å få til intervjuavtaler på annen måte. Tre intervjuer er gjennomført i gruppe, de øvrige som individuelle intervjuer. Alle pasientene er intervjuet individuelt ansikt til ansikt. I tabellen nedenfor har vi gitt en samlet oversikt over intervjuer og intervjuform:

Informantgrupper	Antall intervjuer	Intervjuform
Pasienter	9	Individuelle intervjuer ansikt til ansikt.
Brukerrådet	1	Gruppeintervju ansikt til ansikt
Avdeling rus- og avhengighetsbehandling:		
<ul style="list-style-type: none"> • Ledelse på avdeling-, seksjons- og enhetsnivå 	4	Individuelle intervjuer ansikt til ansikt
<ul style="list-style-type: none"> • Ansatte akuttmottak og døgn 	4	2 gruppeintervjuer ansikt til ansikt 2 individuelle intervjuer ansikt til ansikt
Samarbeidspartnere:		
<ul style="list-style-type: none"> • OKL 	3	Individuelle intervjuer ansikt til ansikt
<ul style="list-style-type: none"> • Fastleger 	4	Spørreskjema pr e-post
<ul style="list-style-type: none"> • NAV sosial/ ruskonsulenter 	4	Individuelle intervjuer på telefon
<ul style="list-style-type: none"> • Spesialisthelsetjeneste/ rusinstitusjoner 	5	2 svar på epost. 3 individuelle intervjuer ansikt til ansikt

2.3 Informanter

Pasienter

Rusakuttmottaketts hensikt er å yte hjelp til pasienter med akutte rusrelaterte problemer og sykdommer. Pasienter er de som best kan svare på om enheten fyller disse oppgavene på en måte som er til hjelp for dem. I utgangspunktet ønsket vi å intervju et utvalg pasienter både ved rusakuttmottaket og ved sengeposten. Avtaler om intervjuer med pasienter ved sengeposten var uproblematisk å få til. Vi ringte enheten tidlig på morgenen og forhørte oss om de hadde pasienter som kunne være aktuelle som informanter. Dersom enheten svarte bekreftende på dette, møtte vi opp tidlig på formiddagen etter at pasientene hadde fått sove ut og hadde fått i seg noe mat. Ansatte ved enheten spurte så hver enkelt om de kunne tenke seg å bli intervjuet. De som svarte positivt og som var i form nok til det, ble intervjuet på sitt rom. Intervjuer orienterte om prosjektet og pasienten skrev under samtykkeerklæring. Pasientene ble også spurt om det var i orden at vi benyttet opptaker under intervjuet. Kun en av pasientene ønsket ikke dette. Det ble da tatt notater.

Vi har totalt intervjuet ni pasienter. Vi hadde planlagt et større utvalg, men vi erfarte etter hvert som vi analyserte intervjuetskriftene, at det kom fram lite nytt i de sist gjennomførte intervjuene, og vi valgte derfor å avslutte rekrutteringen av pasienter. I stedet valgte vi å intervju flere samarbeidspartnere (se nedenfor). Pasientutvalget består av åtte menn og en kvinne, den yngste i begynnelsen av 20-årene og den eldste i slutten av 60-årene. Fem av informantene oppga alkohol som rusmiddel, mens de øvrige oppga amfetamin, hasj, heroin, kokain o.a. Tre av informantene fortalte at de hadde vært innlagt på Rusakuttmottaket tidligere.

Som vist til under punkt 3.3 er over en fjerdedel av innlagte pasienter kvinner, mens vi kun har intervjuet én kvinne. Hennes erfaringer skilte seg ikke ut fra mennenes, men dette er likevel en svakhet i vår studie. Tall for 2014 viser at innlagte pasienter var fra 18 til 82 år. Pasienter vi har intervjuet skiller seg derved ikke i alder vestlig fra det totale materialet. Når det gjelder diagnose, viser statistikken at 44.2 % av kvinnene og 42.7 % av mennene var lagt inn for alkoholrelaterte helseproblemer i 2014, mens 26 % av kvinnene og 30.7 % av mennene var lagt inn for tilstander forårsaket av bruk av opiater. I vårt materiale var fem av ni innlagt for alkohol. Statistikken viser at 91.4 % var førstegangshenviste. Vi har inkludert både førstegangshenviste og gjengangere, og har med pasienter henvist fra fastlege, OKL og spesialisthelsetjenesten. Fordi det kun er én kvinne blant informantene, har vi i presentasjonen benyttet begrepene "pasienten" eller "han" uansett hvem det refereres til. Dette er gjort for at det ikke skal være mulig å gjenkjenne kvinnen i utvalget.

Samarbeidspartnere

I evalueringen har vi gjennomført intervjuer med et utvalg samarbeidspartnere. Med samarbeidspartnere menes instanser som henviser til Rusakuttmottaket og som følger opp pasientene etter utskrivelse. Vi har intervjuet representanter for Oslo kommunale Legevakt (OKL), fastlegene, NAV-sosial, spesialisthelsetjenesten og rusinstitusjoner. Etter hvert som vi gjennomførte intervjuene, oppdaget vi at erfaringene og meningene var nokså ulike, og videre at nye tema ble brakt inn i intervjuene. Vi valgte derfor å øke antall intervjuer med samarbeidspartnere. For eksempel fant vi ut at rusinstitusjoner er sentrale samarbeidspartnere og intervjuet flere representanter for slike. Vi har først og fremst intervjuet utøvere på praksisnivået, men også ledere, siden det er et lederansvar å tilrettelegge for arbeid og samarbeid. Seks fastleger ble personlig forespurt om intervju. Én takket nei, fire svarte ikke, og én meldte seg, men ønsket å fylle ut et enkelt spørreskjema per e-post i stedet for å bli intervjuet. Deretter ble ytterligere fem (bekjente) fastleger forespurt om å fylle ut spørreskjema, og tre av dem besvarte skjemaet.

Ansatte og ledere ved Rusakuttmottaket/Avdeling for Rus og Avhengighetsbehandling

Også i utvalget med ansatte og ledere ved Rusakuttmottaket (RAM) tilstrebet vi størst mulig spredning. Det innebærer at vi har intervjuet representanter for ulike yrkesgrupper samt ansatte av begge kjønn og med ulik fartstid i enheten. I tillegg har vi intervjuet ledere på avdelings-, seksjons- og enhetsnivå ved RAM/ Avdeling for Rus og Avhengighetsbehandling. Også her fikk vi mange forskjellige erfaringer og valgte derfor å intervjuer noen flere ansatte og ledere enn planlagt.

Personer intervjuet:

Ansatte/ledere/ konsulent ved Avd. Rus og avhengighetsbehandling	Samarbeidspartnere	Pasienter	Medlemmer i Brukerrådet
11	16	9	6

Fagpersoner intervjuet fordelt på fagbakgrunn:

Faggruppe	Ansatte/ledere/ konsulent	Samarbeidspartnere
Sosionomer/ barnevernspedagoger	4	7
Sykepleiere	3	2
Leger	2	6
Psykologer	2	0
Faggruppe ukjent		1

Til sammen er 41 personer intervjuet (inkludert fastlegene som har fylt ut spørreskjema), 26 fagpersoner og 15 pasienter/medlemmer av Brukerrådet. Av 11 informanter fra RAM/ARA er 8 kvinner og 3 menn, av 16 samarbeidspartnere er 11 kvinner og 5 menn.

Analyse av kvalitative data

Utskrifter av intervjuene og de skriftlige besvarelsene fra fastleger utgjør våre kvalitative data. De er analysert ved en metode for systematisk kondensering av tekst etter inspirasjon fra Malteruds metode for systematisk tekstkondensering i fire trinn (Malterud 2012). Først leste vi gjennom hele datamaterialet for å skaffe oss et helhetsinntrykk, mens vi merket av i margen foreløpige tema vi fant i teksten. Med utgangspunkt i disse temaene identifiserte vi så "meningsbærende enheter" som omhandlet disse temaene, dvs. tekstavsnitt med relevans for problemstillingene i prosjektet. Deretter sorterte vi de meningsbærende enhetene i ulike grupper og undergrupper av hvert tema. Ved å samle utsagn fra flere informanter om ett tema i en (under)gruppe kunne resultatene sammenholdes og oppsummeres på tvers av informantene og informantgruppene. Som tredje trinn i analysen samlet vi alle de meningsbærende utsagnene i hver undergruppe, analyserte dem, og skrev dem sammen. Som siste trinn i analysen kondenserte vi innholdet i hver gruppe til én tekst og prøvde å finne dekkende overskrifter. Treffende sitater fra informantene er tatt med for å tydeliggjøre våre hovedpoenger. Resultatene presenteres under de aktuelle overskriftene.

2.4 Kvantitative data

Aktivitetsbeskrivelsen er basert på tilbakemeldinger fra Oslo Universitetssykehus (OUS) og omfatter aktivitetstall for Rusakuttmottaket og Rusakuttmottak døgn for perioden 2011 – 2014. Vi har også hatt møte med Rusakutten for oppklaring og kvalitetssikring av tallmaterialet som benyttes i rapporten. En del av tallmaterialet er beheftet med en del usikkerhet. I tilbakemeldingen fra OUS heter det at "*antall henvisninger mottatt i november – desember 2014 er påfallende lavt*" noe en antar "*har med overgangen til ny versjon av DIPS å gjøre og måten å registrere henvisningen på*". For å få sammenlignbare størrelser har vi derfor i deler av presentasjonen valgt aktivitetstall for perioden januar – september i henholdsvis 2013 og 2014. Videre heter det at når det gjelder 2014-tallene får en ikke lenger tatt ut tall på avbrudd og får heller ikke skilt ut kommunetilhørighet på postnivå. Når det gjelder tall for 2011 og 2012 følger ikke de det samme oppsettet som i 2013 og 2014 fullt ut. Eksempelvis er det for diagnose skilt mellom alkohol, opiat, annet og Z-diagnose i 2013 og 2014, mens det i 2011 og 2012 opereres med diagnosene alkohol og opiat/annet. I 2013 og 2014 er det gjort et skille mellom konsultasjoner og telefonkonsultasjoner, mens det i 2011 og 2012 opereres med kategorien antall polikliniske konsultasjoner uten tall for telefonkonsultasjoner.

Den kvalitative og den kvantitative studien er gjennomført parallelt slik at vi hele tiden kunne justere dem opp mot hverandre. I den grad den kvantitative studien har avslørt fenomener vi ikke forstår, ba vi informantene om nærmere forklaringer. Likeledes har det vært nyttig at vi ut fra tallene har sett noe om utbredelsen av fenomener informantene har fortalt om.

Vi presenterer resultatene fra undersøkelsen tematisk, hvor vi under hvert hovedtema presenterer resultater både fra den kvalitative og den kvantitative delen av studien.

3 Resultater

3.1 Rusakuttbegrepet

Av bakgrunnsdokumentasjonen for etablering av Rusakuttmottaket fremgår at et hovedpoeng var et akutttilbud til denne pasientgruppen. I intervju med informantgruppene ble rusakuttbegrepet et gjennomgangstema. Når informantene i evalueringen spørres om Rusakutten, påpeker de aller fleste at akuttbegrepet er sentralt, og at det er et kjernepoeng at det er et akutttilbud om vurdering og relevante tiltak, ikke kun avrusning. En beskriver det slik:

"Jeg er opptatt av at akutt rusbehandling er noe annet enn avrusning, vi må håndtere den komplekse situasjonen rundt den akutte krisen i livet til pasientene. Vi må avklare tilstanden rundt pasienten og finne ut hva som er mest kritisk nå og hva som er veien videre. Det må avklares i løpet av 48 timer på sengeposten".

Flere argumenterer for at det viktigste ved rusakuttbegrepet er kriseforståelse og krisehåndtering, at man i større grad kan gi pasienten tilbake en mestringsopplevelse og en læring av krisehåndtering. En representant for Brukerrådet trekker fram tap av sosiale relasjoner som et aspekt ved krise. En fagperson utdyper hva en akutt krise kan innebære:

"Mennesker med rusproblemer har vanligvis redusert evne til å takle stress og ulike livsbelastninger, som de i tillegg har mange av pga. rusmisbruket. Mange har rus som en mestringsstrategi når de kommer i krisesituasjoner. Når de henvender seg til helsevesenet, er det rusen som står i forgrunnen. Videre har de ofte en dårlig verbaliseringsevne og evne til selvobservasjon. Derfor er det en spesiell utfordring å kommunisere med pasientene om hva som er de underliggende vanskene og undersøke dem. For eksempel kan somatiske lidelser være vanskelige å oppdage, både fordi pasienten har lite presise beskrivelser av plagene og fordi rusen dominerer."

Det påpekes av mange at det er viktig å få plassert rusakutt inn i den akuttmedisinske kjeden og tydeliggjøre at dette skal ha samme plass som andre akutttiltak. En samarbeidspartner understreker at det er et poeng å løfte fram rusakuttbegrepet, fordi det betyr en selvsagt inngangsbillett til helsetjenesten for denne pasientgruppen. En annen samarbeidspartner, uten henvisningsrett til Rusakuttmottaket, nyanserer akuttbegrepet i forbindelse med Rusakuttmottaket:

"Det er litt motstridende å kalle det rusakutt og lage så vanskelig vei inn! Jeg tror det er et behov for akutt-tilbud og at betingelsen er at man da kommer akutt inn. Må gripe øyeblikket når pasienten er motivert."

Flere samarbeidspartnere knytter tilgjengelighet til akutt-rus-begrepet:

"Akutt tilgjengelighet, da er vi inne på noe. Og tilgjengelighet handler igjen om motivasjon. Tjenesten må være tilgjengelig når pasienten er motivert".

Alle medlemmene av Brukerrådet understreket det viktige ved akutt-aspektet, men bemerket at "akutt rus" ikke er et helt dekkende begrep:

"Det kan jo ikke være akutt rus, for rusen er jo der hele tiden. Det er et akutt behov for hjelp, det dreier seg om akutt oppståtte problemer knyttet til rusmisbruket".

Flere i Brukerrådet problematiserer akuttbegrepet:

"Hva er akutt? Er det akutt for en opiatavhengig når han er blakk og ikke har råd til dop? For en kvinne som er gravid? Hvis man er i fare for deg selv eller andre? Hvis du står i fare for å miste hjem og bolig, er det akutt da? Er det akutt når en ikke får tak i dopet sitt i byen eller ikke får sosialpenger eller trygdepenger før den 20?"

"Akutt må jo være når jeg er i krise, står i fare for relasjonsbrudd og holder på å drikke meg i hjel. Akutt er blant annet definert som at man er til fare for seg selv og andre. Men med de inntakene vi har som rusavhengige, så er vi i fare for oss selv hele tiden!"

"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 og er inne i en krise, og da ønsker jeg tilgjengeligheten for dem!"

Brukerrådet er enige om at akuttbegrepet knyttet til rus handler om akutt krise for brukeren, og at dette må bli poengtert bl.a. i veileder. Også flere samarbeidspartnere påpeker at det ikke er rusen som er akutt, men tilstandene omkring.

Flere samarbeidspartnere mener at rusproblemer bør ses mer i sammenheng med og knyttes nærmere til psykiatri. En synes rusakuttmottaket bør ligge i eller integreres med psykiatrisk akuttmottak. En uttrykker det slik:

"Det er i grunnen rart å skille ut TSB som eget felt, å skille akutt rus, fra akutte psykiske vansker, det gir enda flere mulighet for pasientene til å bli kasterballe i systemet".

3.2 Rusakuttmottaket – en vellykket etablering

Det er jevnt over stor begeistring blant informanter, både ansatte, medlemmer i Brukerråd, samarbeidspartnere og, ikke minst, pasienter over etablering av Rusakuttmottaket. Ansatte og ledere ved Rusakuttmottaket understreker viktigheten av at mottaket har høy medisinskfaglig kompetanse og et fokus på somatisk lidelse fordi disse pasientene har mye somatisk sykdom som

ofte ikke er oppdaget og diagnostisert. Samtidig påpekes den tverrfaglige bemanningen, det tverrfaglige perspektivet og det tverrfaglige samarbeidet som kjernen i spesialisert tverrfaglig rusbehandling. Samarbeidspartnere og representanter for brukerorganisasjonene synes også at etableringen av Rusakuttmottaket var et godt grep. En informant ved Oslo Kommunale legevakt (OKL) sier at "RAM er en stor suksess, og vi er veldig fornøyde". Informantene på OKL er enige om at RAM er et godt tilbud til pasientene. Det påpekes av flere blant annet at RAM fyller et stort tomrom som var der, at tilbudet til opiatpasienter er nå blitt veldig bra, og at dette er godt både for pasienter og ansatte. Og det understrekes at et slikt tilbud også må på plass ved Ahus og Vestre Viken. En informant sier om mottaket:

"Jeg har absolutt inntrykk av at dette er et godt tilbud; jeg har hospitert og sett hvordan de arbeider. De gjør det jeg tenker at de skal gjøre, og de er gode til å sortere i et uryddig felt. Pasientene har ofte mange ulike tilbud, som de ikke nødvendigvis har kontakt med for tiden. På Mottak er de gode på å kartlegge hvilke aktører som skal inn nå og om pasienten evt. skal innom en avgiftning før han/hun går videre i systemet".

Også døgnavdelingen får godt skussmål på OKL; de ansatte mener at det er utmerket tilbud til pasientene. Spesielt trekkes fram tilbudet til gravide stoffmisbrukere, der ansatte ved OKL har opplevd veldig positivt samarbeid med RAM og NAV i oppfølging av pasienter, både i og utenfor Oslo. Oppfølgingen har startet med en innleggelse på RAM. "Det er virkelig en forbedring i forhold til slik vi kavet med disse pasientene før."

En samarbeidspartner påpeker faren ved at tilbudet blir veldig spesialisert; det kan bli så spesialisert at inntakskriteriene fører til at man må bli veldig dårlig før man får komme inn. Vedkommende beskriver det slik:

"Det er naturlig at man skal ha fokus på det medisinskfaglige, det er mange som trenger det. Faren er at man blir for spesialisert, slik at man skal være så dårlig før man kommer inn at kost-nytteeffekten kan bli dårlig. Det er et stort apparat som det koster mye penger å drive. Det gjør at man skal være veldig dårlig for å komme inn"

Det angis at en fare med spesialiseringen er at man løfter tilbudet opp, at man blir ekspert som sitter på toppen og vet hva man skal gjøre, men er utilgjengelig. Videre påpekes at spesialiseringen medfører at liggetiden skal kortes ned, og at det derved totalt blir et kvantitativt dårligere tilbud. En samarbeidspartner påpeker at etableringen av Rusakuttmottaket er et gode for mange, men har ført en forverring for en del klienter:

"For dem som henviser, er dette blitt veldig tydelig, og det er lettere å vite hvilken vei man skal gå. Og de som kommer inn på RAM får et godt tilbud. Men det har blitt verre for dem som greier seg selv, som har egen bolig, som betaler husleia si, som styrer livet sitt selv, men sliter med rus. De har ikke kontakt med NAV eller andre instanser. Nå må de ordne mye for å komme inn. Før kunne de bare henvende seg og få noen døgn til observasjon og avrusning."

Det snakkes om at Rusakuttmottaket, ut fra kriteriene sine, utestenger en gruppe som har behov for avrusning og som har et akutt hjelpebehov knyttet til rus, men som ikke har "noen videre plan":

"For å komme inn skal de ha en plan. Det holder ikke å ha en plan om en rus-stopp, og så fungere "godt nok" videre i livet sitt."

Også en ansatt er bekymret for liten pågang ved Rusakuttmottaket og tror det er noen som ikke får det tilbudet de har behov for. Mange, både samarbeidspartnere og brukerrådsmedlemmer, savner et litt mer lavterskelpreget tilbud for avrusning, et sted der man komme når man selv vil:

"Mange folk trenger et døgn eller to på et sted som er mer lavterskel enn Rusakuttmottaket".

Dette begrunnes blant annet med at all teori om endringsprosesser sier at motivasjonen er vesentlig. Og motivasjonen varierer. En fagperson som ikke har henvisningsrett, forteller at det kan være vanskelig å få tak i NAV når en bruker skal henvises, og at hvis man ikke får tak i dem før neste dag, kan brukernes motivasjonen være borte.

Brukerrådet formidler bekymring for at det er blitt vanskeligere å komme inn til avrusning etter at Rusakuttmottaket ble opprettet, spesielt for folk med alkoholproblemer. Flere samarbeidspartnere støtter denne bekymringen og mener det bør opprettes flere plasser for avrusning der man kan henvende seg selv. Det argumenteres med at et spesialtilbud som Rusakuttmottaket ikke bør utvides for å kunne ta inn flere, men at det da mangler et tilbud på lavere nivå. Avrusning på lavere nivå angis å være helt forsvarlig, da en bakvaktordning kan sikre et faglig adekvat tilbud. En samarbeidspartner trekker fram gode erfaringer med brukerstyrte plasser i psykiatrien og mener at dette i høyeste grad burde være aktuelt i rusbehandlingen. Vedkommende tror det ville fremme "sømløse overganger".

3.3 Pasientene ved Rusakuttmottaket

3.3.1 Hvem er pasientene ved Rusakuttmottaket?

Tall fra 2013 viser at 28 % av pasientene er kvinner og 72 % menn. Blant kvinnene var gjennomsnittsalderen 41.6 år i 2013 og 41.9 år i 2014. For menn var gjennomsnittsalderen henholdsvis 41 år og 42.3 år. (Det er med andre ord relativt små variasjoner mellom kjønnene og mellom 2013 og 2014.) Det er stor spredning i aldersspennet. Tall for 2014 viser at blant kvinnene var den yngste pasienten 18 år, og den eldste 70 år. Blant mennene var den yngste 18 og den eldste 82 år.

Når det gjelder diagnose, varierer registreringen fra år til år i perioden (2011-2014). I 2011 er diagnose/rusmiddel ikke angitt i tilsendt oversikt, og i 2012 er diagnose/rusmiddel ikke fordelt på kjønn. Videre er opiat/annet slått sammen i en kategori i 2012. Z-diagnoser er kun oppgitt i 2013 og 2014.

Tabell 3.1. Diagnose/rusmiddel i prosent av totalt antall konsultasjoner for kvinner og menn. 2013 og 2014.

Kvinner - Diagnose	2013	2014
Alkohol	33.5	44.2
Opiat	23.5	26.0
Annet ¹	10.0	19.6
Z diagnose ²	10.8	4.3
Diagnose ikke utfylt	21.0	7.0
Menn - Diagnose	2013	2014
Alkohol	37.7	42.7
Opiat	22.5	30.7
Annet	9.4	14.2
Z diagnose	9.5	4.4
Diagnose ikke utfylt	20.1	7.9

Det er en økning i andelen både når det gjelder alkohol og opiater både for kvinner og menn. Samtidig er det en betydelig reduksjon i andelen Z-diagnoser og i kategorien "Diagnose ikke utfylt", som nok forklarer mye av endringen når det gjelder andel alkohol og opiater.

¹ "Annet" her er diagnoser som ikke er F10- alkohol eller F11- opiat dvs. F12- cannabioide, F13 -Sedativa og hypnotika, F14- kokain. F15- andre stimulanter, F191- Skadelig bruk av flere stoffer.

² Z-diagnose i ICD10: Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten. Benyttes ved diagnosesetting hvor det er behov for å angi en kontaktårsak.

3.3.2 Pasientene har ulike erfaringer med Rusakuttmottaket

Henvisning til Rusakuttmottaket

I intervjuene ba vi pasientene fortelle om bakgrunnen for innleggelsen ved Rusakuttmottaket. Informantgruppen viste store variasjoner med hensyn til rusproblematikk, ofte i sammenheng med psykiske problemer, samlivsbrudd, arbeidsledighet o.a. Flere av pasientene har en lang historie med ulike behandlingstilbud både innen psykisk helsevern og rus. Flere av informantene var i et behandlingsopplegg for rusproblemer, men *"hadde gått på en sprekk"*. Blant behandlingstilbudene ble nevnt Trasoppklinikken, DPS, Tyrili og Vestli rehabiliteringssenter. Flere hadde vært både på Rusakuttmottaket og Avgiftning tidligere. En av informantene fortalte at han var blitt enig med fastlegen at han ikke greide å håndtere alkoholproblemet sitt selv lenger og ble søkt inn på Trasoppklinikken:

"Og for å komme inn der, så må du avruses nede på Aker".

Flere av pasientene var slitne på intervjutidspunktet og hadde vært relativt ruset ved ankomst. Dette bærer nok også svarene preg av. Flere hadde problemer med å huske hva som skjedde ved ankomst, hva som var gitt av informasjon om oppholdet og om hva som skulle skje etterpå. Det betyr sannsynligvis at ankomstsamtale er gjennomført og informasjon er gitt uten at informantene husker det.

Våre informanter er i hovedsak henvist til Rusakuttmottaket enten via fastlege eller OKL. To av informantene fortalte at de var blitt henvist fra Ullevål, en etter et selvmordsforøk og en etter å ha stukket av fra Ullevål *"og drevet med selvmedisinering i byen da jeg var på permisjon uten følge"*.

Noen har tatt initiativet selv, mens andre har fått tips eller drahjelp fra familiemedlemmer eller behandlere av ulike slag. Eksempelvis hadde en pasient fått bistand fra sin datter til å oppsøke OKL etter en periode med tungt alkoholforbruk. Andre hadde selv oppsøkt OKL;

"jeg skjønnte jeg trengte hjelp – jeg var helt utslitt etter lang tid på kjøret".

En av informantene som hadde vært på OKL, hadde fått en natt der for å hvile og ble henvist til Rusakuttmottaket dagen etter. Han reagerte på at han ble sendt til Aker sykehus på egen hånd:

"På veien fikk jeg tilbud om stoff, men sa nei, men det kunne ha gått veldig galt".

En av informantene var blitt henvist til Rusakuttmottaket fra annen enhet i spesialisthelsetjenesten etter et selvmordsforsøk.

Mens noen pasienter beskriver et relativt distansert forhold til fastlegen sin, selv om det er vedkommende som har henvist, er det andre som beskriver et godt forhold til fastlegen sin. En

pasient forteller at han har vært åpen overfor fastlegen med hensyn til rusproblemene og sier videre:

"Jeg har jevnlig kontakt med fastlegen min, det fungerer kjempefint, og han forsto at jeg trengte hjelp til noe jeg ikke greide selv".

En annen informant beskriver også å ha god kjemi med fastlegen sin, og at de hadde forsøkt et opplegg med nedtrapping hjemme, men at det gikk ikke bra. Ved seneste besøk tok fastlegen kontakt med Rusakuttmottaket:

"Det var avgjørende at jeg ble sendt i taxi, slik at jeg ikke fikk sjansen til å stikke nedom byen og handle, hvis jeg hadde tatt T-banen, hadde jeg nok gjort det".

Ankomst og mottakelse

Informantene opplevde ankomst og mottakelse på Rusakuttmottaket veldig forskjellig. Noen beskriver fagpersonene på Rusakuttmottaket som hyggelige, imøtekommende og profesjonelle, og forteller at de ble behandlet med respekt og forståelse. En av informantene uttrykker det slik:

"Jeg ble tatt godt imot. Jeg snakket med flere, alle har vært hyggelige og hjelpsomme hele tiden. Her fikk jeg medisiner for å holde abstinenssymptomene i sjakk og kroppen i en tålbart tilstand, og det var helt avgjørende for at jeg tror det nå skal gå bra".

Andre opplevde situasjonen som uoversiktlig, med en krevende førstesamtale og mange mennesker å forholde seg til "som spurte meg om de samme tingene" og lite informasjon om hva som skulle skje videre. En informant forteller at han "hadde først en samtale med en sykepleier og så med en lege med mye av de samme spørsmålene". En annen pasient opplevde det som en god samtale, og at "de notert det jeg sa og spurte ikke om det samme". En av informantene forteller at han ble gitt en omvisning og så vist til rommet sitt og en annen sier at han "fikk en samtale med en sykepleier som jeg ikke forsto hva sa". Ikke alle husker å ha hatt en samtale ved ankomst (og savnet å bli påminnet om innholdet i den).

Opplevelse av den første samtalen varierer imidlertid. En av informantene fortalte at det ble satt i gang "et stort apparat da jeg kom", med samtale med lege og sykepleier (eller en "intervjuprosess" som informantene beskrev det som). Informanten fortalte at han ble vist rommet sitt, at det ble tatt blodprøver, blodtrykk og annet, og ble "gitt noen medisiner som jeg nå venter på skal fungere". Mens enkelte opplevde stemningen som "avslappende og tilbaketent", beskriver andre "et strengt regime med mange regler for hva som var lov og ikke lov".

Oppholdet

Det fortelles varierende historier når informantene skal beskrive erfaringer med oppholdet på Rusakuttmottaket, alt fra opplevelse av imøtekommenhet og profesjonalitet, til mangel på informasjon og dårlig samarbeid i personalgruppen:

"jeg ble ganske sliten og irritert over at jeg måtte fortelle den samme historien flere ganger, og at jeg stadig ble bedt om å spørre en annen når det var noe jeg lurte på".

En annen informant uttrykker sin opplevelse slik:

Det er godt å være her! Jeg har fått mat, alle er hyggelige og hjelpsomme hele tiden. Det er rolig her nå. Og at jeg har fått tilbud om medisiner, har vært avgjørende. Og så er jeg veldig imponert over medbestemmelsen her. Jeg får være med å utforme mitt tilbud og blir spurt hele tiden hva jeg ønsker. For eksempel sykmelding: jeg var innstilt på å begynne å jobbe på mandag. Så kom legen inn og lurte på å friskmelde meg fra i morgen (fredag). Da jeg sa hva jeg hadde tenkt, sa han: ok, det er greit.

Mens noen svarer at de fikk det de trengte mest, "mat, omsorg og en seng å sove i", etterlyste andre mer behandling, "informasjon om alkoholisme og hva jeg kan gjøre med det" og savnet "den personlige samtalen". En av informantene følte at han var motivert for videre behandling, men at

"Aker bare er et sted jeg kan få sovet ut. Dette burde være et tilbud som er en del av noe mer".

Flere av informantene peker på at de syntes det var "veldig mange mennesker å forholde seg til, for de skifter jo vakt og det er ganske forvirrende når man er syk". Det etterlyses at personalet blir flinkere til å snakke sammen, og enkelte spør seg om ikke informasjonen om pasientene er registrert et sted så "personalet kan orientere seg der og ikke spørre meg hele tiden". En av informantene viste til at han hadde et behandlingstilbud hvor han fikk medisiner som de ikke har ved Rusakuttmottaket:

"og da må de organisere å få hentet disse medisinene, men det vet jeg ikke om kommer til å skje, men jeg burde hatt disse medisinene allerede i går".

En annen informant påpeker også behovet for bedre koordinering og en fast kontakt, blant annet når det gjelder medisiner:

"For den ene vet ikke hva den andre gjør. For jeg fikk spørsmål om "Har du fått de pillene? Skal du ha de pillene? Men det kan jeg ikke svare på – jeg vet ikke hvorfor jeg skal ha dem en gang".

En tredje forteller om en episode hvor han hadde fått problemer med urinering, hvor det ble mye fram og tilbake med hensyn til hva som skulle gjøres:

"En sa, ja bare fortsett å prøve og tisse, mens en annen sa at dette må vi gjøre noe med, uten at noe ble gjort".

Informanten opplevde at råd som peker i ulike retninger blir slitsomt å forholde seg til, spesielt når man er nedkjørt og sliten ved innleggelse. Et par av informantene opplevde at Rusakuttmottaket ga dem det de trengte av hvile, men at de raskt hadde begynt å kjede seg. Som en av informantene uttrykker det:

"Det eneste jeg gjør er å rusle rundt i gangene og spise valium. Jeg kjeder meg og vil ut".

Veien videre var uklar for mange

Informantgruppen viste stor variasjon i kunnskap om hva som skulle skje videre, og beskrev ulike behov og ulik motivasjon. Mens enkelte kun så for seg nye runder med rus, var andre innstilt på "å ta tak i problemet mitt, og komme videre".

Informantene er i varierende grad kjent med hva som skal skje etter oppholdet på Rusakuttmottaket, og de beskriver også behovene sine forskjellig. En gjenganger i svarene er mangel på informasjon, i hvert fall informasjon som de har oppfattet og forstått. Mens noen av informantene svarte: "Jeg gleder meg til å bli skrevet ut og komme hjem", kjente andre på at de trengte et videre tilbud "for ikke å sprekke igjen", enten på Aker eller ved et annet behandlingstilbud. En av informantene "... trodde jeg skulle få være her en uke, men det er visst et annet sted på området". En annen informant sier:

"Jeg har ikke fått vite hva som skjer når jeg skrives ut i morgen, så da er jeg vel tilbake på kjøret igjen".

Mange informanter var også godt orientert om hva som skulle skje etter oppholdet på Rusakuttmottaket: "De vil sende meg over til Bygg 12 hvor de har et lengre perspektiv på rehabilitering". Det ga han en trygghet at han "ikke skulle sendes rett ut på gata i morgen". Han hadde også kontakt med DPS med tanke på videre utredning.

En av informantene har et behandlingstilbud ved Tyrili, men hadde gått på en sprekke. Han viser til følgende dilemma: Han hadde havnet på kjøret, hadde oppsøkt legevakten og ble henvist til Rusakuttmottaket for å hvile ut og få rusen ut av kroppen. Men Tyrili tar ham ikke tilbake:

"...før jeg har ren urinprøve, og det har jeg jo ikke etter bare to døgn her. Jeg er altså ferdigbehandlet her og Tyrili vil ikke ta meg tilbake. Hva gjør jeg da?"

Flere av informantene peker på at de er motiverte for videre behandling, men at de opplever "glipper i behandlingsskjeden" eller formaliteter som virker demotiverende. En av informantene uttrykker det slik: "Det er skummelt med alle disse reglene, fordi man mister jo folk under veis".

En annen informant uttrykker det slik når det gjelder opplevelsen av tilbudet ved Rusakuttmottaket og tanker om veien videre:

"Jeg tror det er viktig med oppfølging og kontroller, når jeg får opparbeidet kontakt med noen over tid, jeg får tillit til dem og de til meg, da blir det motiverende å bevise for dem at jeg greier det! Nå har jeg noen andre å bevise for".

Han vektlegger betydningen av kontinuitet, å møte de samme hver gang, "for man opparbeider jo tillit over tid". Det har vært viktig for han å ha god kontakt med fastlegen og at han raskt fikk tilbud ved Rusakuttmottaket. Og videre:

"Det avgjørende er at jeg nå har fått medisiner; det er lett å ty til den letteste løsningen når abstinensplagene er som sterkest, derfor er det avgjørende med medisiner som demper dem".

En av informantene hadde vært gjennom det han kalte en "dødsrus" med alkohol og kokain, hadde fått den hvile han trengte i to døgn, og var klar for å avslutte oppholdet. Han hadde fått hjelp av en lege på Rusakuttmottaket med å sende en henvisning til Trasoppklinikken, og skulle nå innom NAV for å få hjelp med en midlertidig bolig til han fikk tilbud fra Trasopp.

3.3.3 Brukerrådets mener at Rusakuttmottaket er et godt tilbud

Medlemmene i Brukerrådet har god kjennskap til Rusakuttmottaket og kunne fortelle om konkrete erfaringer med opphold i enheten. Et medlem hadde for eksempel fulgt en venn flere ganger og hadde også deltatt i ansvarsgruppemøter ved Rusakuttmottaket som vennens pårørende. Informantene er enige om at Rusakuttmottaket gjør et utmerket arbeid og er et godt tilbud til de pasientene som blir innlagt. De understreker at de ansatte gjør en kjempejobb og at det er mange som er veldig fornøyd med at de får komme inn. Brukerrådet diskuterer i intervjuet Rusakuttmottakets rolle og konkluderer med at man trenger tilbudet slik det er i dag. Blant informantene pekes det også på den betydningen Rusakuttmottaket har for de som har fått plass for behandling på institusjon ("planlagt avrusning") og som har behov for "å være avgiftet eller avruset for å komme inn".

Medlemmene i Brukerrådet er derimot langt mer kritiske til veien inn til Rusakuttmottaket, de mener at RAM ikke er tilgjengelige nok. De mener at målet om et tilgjengelig godt akutttilbud ikke er nådd, til det er veien inn i Rusakuttmottaket for kronglete. En mulighet er å bli innlagt via legevakten, men en beskriver det som nokså besværlig:

"Når du legges inn via Legevakten tar det fem - seks timer. Når du kommer inn, går du til skranken, og så må du sette deg ned å vente på samtale med sykepleier. Så går du inn til sykepleier, så må du sette deg ned å vente en god stund, så er det inn til lege. Så må du sette deg å vente mens det er telefoner fram og tilbake. Det er masse venting før du kommer så langt som du tenker. Du må snakke med fire personer før du kommer opp på observasjonsposten".

En annen beskriver innleggelse via OKL som raskt og effektivt:

"Det jeg har hørt, er at det er slitsomt å komme inn på RAM, det er en byråkratisk vei inn. Jeg vet imidlertid, fordi jeg sitter i Brukerrådet, at det er mulig å komme inn på kort tid. Ofte så må man vente, hvis man tar det via fastlege eller via saksbehandler hos NAV, så kan det ta litt tid, 14 dager, tre uker. Hvis man går på Legevakten og forteller, ja legger kanskje på litt, at man er veldig selvdestruktiv og har lyst til å ta livet sitt, for eksempel, så blir man en natt på legevakten og deretter opp på Rusakuttmottaket. Jeg vet også at hvis de går direkte på døra, så har de krav på en vurdering, og ofte så får man plass, men dette er ikke allment kjent".

Et tredje medlem av Brukerrådet understreker at venting er en spesiell utfordring for personer i målgruppen for dette akuttilbudet:

"Venting er skummelt, for er det én ting vi som brukere er forferdelig dårlig 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".

Flere understreker det selvmotsigende i lang ventetid på et akuttilbud. De påpeker at det må være fare for liv og helse for å bli lagt inn på Rusakuttmottaket, og at det da oppleves meningsløst å måtte vente i 14 dager eller tre uker, for da er det ikke akutt lenger. En sier at dette skal være et tilgjengelig tilbud for alle Oslos innbyggere, og at det ikke er like tilgjengelig for alle i dag. Vedkommende mener det er veldig bra en har Rusakuttmottaket, men det må kanskje gjøres noe med linjene inn og linjene ut derifra igjen.

Et annet punkt deltakerne i Brukerrådet er bekymret for, er varigheten av oppholdet ved Rusakuttmottaket. Alle mener at 48 timer er snaut for de fleste pasientene, men understreker at det er helt ok hvis pasienten får komme direkte videre til avgiftning eller behandling. Det fremheves at pasientene er medtatt når de kommer inn og knapt rekker å lande før de må ut igjen. En sier:

"Når du kommer inn, så er en helt på en annen plass, og får ikke med deg en dritt. Du må liksom lande litt før du kan ta inn informasjon, derfor blir 48 timer ofte for kort tid".

Medlemmene i brukerrådet mener at oppholdet ved Rusakuttmottaket dessverre ikke alltid er en del av helhetlig pasientforløp eller behandlingsforløp. De skulle ønske at alle som ønsker det, kan komme inn der og gå direkte videre til avgiftningsenhetene, og så direkte videre i behandling. En som har deltatt i ansvarsgrupper ved Rusakuttmottaket, forteller at de har fått til det med noen, men at det i andre tilfelle ikke har gått så bra:

"Jeg ser jo at det gjøres en god jobb, men de glipper på det helhetlige pasientforløpet".

Brukerrådet er, naturlig nok, opptatt av brukermedvirkning ved Rusakuttmottaket. Først og fremst fremheves tilgjengelighet som et sentralt poeng ved brukermedvirkning; pasientene må kunne henvende seg på døra og få komme inn når de mener de har behov for hjelp. Tilgjengelighet bør, i følge informantene, også gjelde for pårørende; de bør kunne henvende seg og få konkrete råd om hva de kan/bør gjøre videre. Det er ikke lett for dem å orientere seg på internett i akuttfasen.

Det understrekes videre at et viktig poeng må være hva som er pasientens forventning og bestilling når de kommer inn. Er det akutt sykdom eller skal han videre i behandling, ønsker han seg videre i behandling? Kommer man dit for at man ønsker "en pause fra Plata" eller for å ordne opp med abscesser og liknende, eller ønsker de avrusning og etter hvert rusfrihet? Informantene påpeker at pasientene er ulike, og at det er vanskelig å få til noe som skal være bra for alle på så kort tid. Det er også vanskelig for pasienten å medvirke så mye på to døgn; hvis man kommer inn veldig abstinent og er der for å komme seg på fote igjen, er det vanskelig å medvirke i særlig grad. Hvis man derimot skal videre, kan man selvfølgelig være med å planlegge. Hvis man har en individuell plan og en ansvarsgruppe, er det lettere for pasienten å delta i planleggingen av egen framtid. En påpeker at det å få pasienten med i samarbeidet innebærer at fagpersonen klarer å tenke to tanker samtidig – både det akutte forløpet og veien videre. Pårørendes rolle understrekes. En sier at mange pårørende ringer institusjoner i akuttfasen, men avvises med henvisning til taushetsplikten. Vedkommende mener at det er spesielt viktig for Rusakuttmottaket å få pårørendes supplerende opplysninger fordi oppholdet i enheten er kort, og pasienten ofte medtatt: "Taushetsplikten er ikke noe hinder; pårørende vil gi informasjon, ikke få". Det påpekes at forskning viser at dersom pasienten ønsker å involvere pårørende i behandlingen sin, så er det til det bedre. Brukerrådet understreker at pårørende ikke er en konstant, og at man kan spørre pasienten hvem han vil ha med. Generelt ønsker Brukerrådet at Rusakuttmottaket vil utnytte deres erfaring og stole på at de sitter på masse kompetanse ute i brukerorganisasjonene.

Brukerrådet formidler bekymring for dem som av ulike grunner ikke kommer inn eller passer ved Rusakuttmottaket, for eksempel de som bare trenger avrusning eller en liten pause. En påpeker at det er blitt færre avrusningsplasser og sier:

"Det fungerte jo bedre før på mange måter, med flere avrusningsplasser der du kunne henvende deg selv. Jeg synes det er litt rart at de bygger det ned. Det har ikke blitt noe færre rusmisbrukere, eller livskriser, så jeg synes det er dårlig å bygge det ned. Vi trenger Rusakuttmottaket slik det er i dag, men vi trenger noe annet også".

Brukerrådet vektlegger sterkt behovet for de stedene som kan ta en inn på øyeblikket når man har behov for hjelp og omsorg, og for å sove ut. De viser også til at det handler om at man har mulighet til å be om hjelp når man ønsker hjelp. At det handler mye om motivasjon, og om måten man blir møtt når man har den motivasjonen:

"Det er ofte i akutte krisesituasjoner at det er behov for hjelp. Må du vente én uke eller to, så kanskje du ikke er like motivert".

3.4 Arbeidet ved Rusakuttmottaket

3.4.1 Aktivitetstall

For å gi et bilde av aktiviteten ved Rusakuttmottaket, presenterer vi innledningsvis tall for bl.a. henvisninger, innleggelser, pasienter og konsultasjoner for perioden 2011 – 2014.

Tabell 3.2. Antall henvisninger 2011-2014, totalt og fordelt på poliklinikk og døgnetenheten.

	2011	2012	2013	2014
Antall henvisninger	3215	2728	2692	2354
Omsorgsnivå: Døgn	994	792	785	798
Omsorgsnivå: Poliklinikk	2221	1936	1907	1556

Nedgangen fra 2011 til 2012 kan forklares ved at ansvaret for en del av RAMs opptaksområde ble flyttet til Ahus. Når det gjelder endringene fra 2013 til 2014, viser vi til de forbeholdene som er beskrevet innledningsvis når det gjelder tallene for 2014 og omleggingen til DIPS. Endringene i DIPS ble gjort gjeldende fra oktober 2014. I tabellen nedenfor har derfor vi sett på utviklingen fra 2013 til 2014 og kun tatt med tall for perioden januar – september.

Tabell 3.3. Antall henvisninger 2013-2014 for perioden januar - september, totalt og fordelt på poliklinikk og døgnetenheten.

	2013	2014
Antall henvisninger	2084	2030
Omsorgsnivå: Døgn	589	633
Omsorgsnivå: Poliklinikk	1495	1397

Tallene viser relativt små endringer fra 2013 til 2014.

Tabell 3.4. Antall pasienter og konsultasjoner fordelt på telefonkonsultasjon og frammøte 2011 - 2014.

	2011	2012	2013	2014
Antall unike pasienter	1027	1069	1062	1164
Totalt antall konsultasjoner	3360	3062	3213	3229
Herav: Telefon	820	861	937	1146
Herav: Konsultasjon	2540	2201	2276	2083
Ikke møtt	567	415	349	294

Antall pasienter holder seg relativt stabilt i perioden, med en viss økning i 2014. Noe av den samme stabiliteten ser man når det gjelder antall konsultasjoner. Det kan imidlertid sees en betydelig økning i antallet telefonkonsultasjoner. Denne økningen kan, i følge våre informanter, enten skyldes en reell økning i telefonkonsultasjonene, eller også at man i perioden er blitt flinkere med hensyn til registreringen. En reell økning i telefonkonsultasjoner samtidig med en nedgang i antall henvisninger kan tyde på at flere pasienter som forsøkes henvist, blir avvist.

Vi har også her sett på tallene for 2013 og 2014 for å se om antall konsultasjoner kan ha blitt påvirket av omleggingen i DIPS høsten 2014.

Tabell 3.5. Antall konsultasjoner fordelt på telefonkonsultasjon og frammøte 2013 – 2014 for perioden januar – september.

	2013	2014
Totalt antall konsultasjoner	2404	2669
Herav: Telefon	673	1103
Herav: Konsultasjon	1731	1566

Tabellen viser noe av den samme tendensen som i tabell 3.4: Økningen i det totale antallet konsultasjoner skyldes en betydelig økning i antallet telefonkonsultasjoner, mens antallet konsultasjoner (frammøte) går ned (en reduksjon på vel 9 % fra 2013 til 2014).

Tabell 3.6. Antall innleggelser og antall pasienter med tre eller flere innleggelser.

	2011	2012	2013	2014
Totalt antall innleggelser	1 441	1 252	1 335	1 525
Antall pasienter med tre eller flere innleggelser	132	116	115	131

Totalt antall innleggelser viser en tydelig økende tendens (mens antall henvisninger til døgn går ned, se tabell 3.3 ovenfor). Antallet pasienter med tre eller flere innleggelser i løpet av året, holder

seg stabilt gjennom hele perioden³. Tabell 3.4 ovenfor viser at det i 2014 var 1164 unike pasienter. Antallet pasienter med tre eller flere innleggelser utgjør med andre ord vel 11 % av det totale antallet pasienter i 2014. Dersom vi tar utgangspunkt i tallene for 2014 og at 131 pasienter har hatt minimum tre innleggelser hver, utgjør dette totalt 393 innleggelser (vel 26 % av samlet antall innleggelser). I tillegg kommer de pasientene med to innleggelser i løpet av året. Oppsummert betyr dette at gjengangerne (her definert som 3-4 innleggelser pr år) utgjør 11 % av antallet unike pasienter og 26 % av antallet innleggelser.

Tabell 3.7. Liggedøgn og belegg Rusakuttmottak døgn. 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014
Antall liggedøgn	3 297	2 914	2 252	3 030
Gjennomsnittlig liggedøgn	2	2	2	2
Beleggsprosent 100 %	70 %	62 %	55 %	55 %
Beleggsprosent 70 %	Ikke oppgitt	89	76	79
Gjennomsnittlig belegg	9	8	7	8

Reduksjon i antall liggedøgn fra 2011 til 2012 kan forklares ved endret opptaksområde for RAM. Antallet liggedøgn varierer, med en reduksjon fram til 2013, for så å øke til 2012-nivå i 2014. Det gjennomsnittlige belegget er stort sett uendret i perioden, men andelen av tiden med 100%-belegg reduseres og ser ut til å ha stabilisert seg på vel 55 %. Gjennomsnittlig antall senger som til enhver tid er belagt holder seg relativt stabilt i perioden, men muligens med en nedadgående trend. I gjennomsnitt er 8 av 13 senger belagt til enhver tid.

Gjennomsnittlig liggedøgn er to døgn, med visse månedsvise variasjoner, men uten noen systematisk variasjon. Som vi kommer tilbake til nedenfor, oppgir våre informanter at det opereres med en viss grad av fleksibilitet med hensyn til liggetid på døgnenheten bl.a. for pasienter med noe utvidet behov for behandling eller som henvises videre til avgiftning og der man venter på ledig plass. Vi har ikke tall for antall pasienter som ligger lengre enn to døgn, men det antas at dette er beskjedent. Blant pasienter som trekker gjennomsnittlig liggedøgn ned finner vi det som i statistikken kategoriseres som avbrudd. Andelen pasienter som avbrøt behandlingen var 5 % i 2013 og 3 % i 2011 og 2012, med andre ord en lav andel.

3.4.2 Arbeidet ved Rusakuttmottaket – slik ansatte og ledere beskriver og vurderer det

Henvisninger

Henvisningene til rusakuttmottaket kommer i hovedsak fra OKL, men også fra fastleger og ruskonsulenter. Noen henvises også fra avgiftningsenheten. Pasientene får som regel time raskt. Hvis eksempelvis OKL tar kontakt på natten, får pasienten time morgenen etter. Tas det kontakt

³ Vi har ikke mottatt tall for antall pasienter med to innleggelser pr år.

på dagtid, kan som regel pasienten tas inn relativt umiddelbart. Hovedtyngden av henvisningene kommer på ettermiddagen, og i perioder er pågangen så stor at "*kapasiteten er sprengt i forhold til bemanningen*". Men uansett pågang, tar en i mot alle. I utgangspunktet er spørsmålet om prioritering ikke aktuelt, men en avklarer alltid med henviser hva behovet er. En informant uttrykker det slik "*for det er ikke alltid at rusakuttmottaket viser seg å være riktig adresse*".

I intervjuene er en klare på at ingen blir avvist ut i fra mangel på senger, om "*de så må ligge på gangen*". Informantene kan ikke huske at de har avvist noen på grunn av at det har vært fullt. Når en nærmer seg maksimal utnyttelse av sengene, ser en nærmere på hvem det er som er friske nok til å skrives ut.

Det sentrale blir gode diskusjoner med eksempelvis fastlegen om hva som, ut fra pasientens situasjon, er nødvendig og forsvarlig. Om det er behov for akutt innleggelse, eller om det er greit av pasienten venter en stund og det sendes en henvisning om elektiv innleggelse. Det pekes på at, i tillegg til behandlere, så har Rusakuttmottaket et ansvar for å være "*rådgivere for de der ute*". Dette må en bli tydeligere på. Informantene peker på at dersom de konkluderer med at det ikke er behov for akutt innleggelse, så er man helt sikre i sin sak: "*Er vi i tvil, så er vi ikke i tvil*" (underforstått: er man i tvil om det er akutt, så legges pasienten inn akutt).

De ansatte viser til at pasientene kommer både fra "*aktiv rus på gate*", fra hjemmet og fra institusjoner. Hovedtyngden av pasientene er henvist fra OKL, men også fra fastlege, annen behandlings- og samarbeidspartner med henvisningsrett (eks NAV, og fra sosialambulant team). Til døgnetenheten kommer pasientene via akuttmottaket. Hovedinntrykket er at det ved akuttmottaket og døgnetenheten stort sett er enighet om hvem som bør legges inn på døgnet. Men det hender at de ulike teamene gjør ulike vurderinger av hvem som bør legges inn, selv om en forholder seg til de samme akuttkriteriene. Om en pasient skal legges inn vil jo bl.a. baseres på skjønn.

Flere av informantene har synspunkter på ideen om et felles vurderingsmottak for avdelingen. Fordelene er at denne tjenesten blir spesialisert. Utfordringen ligger i det at det er andre enn de som har gjort kartlegging og utredning, som skal forestå behandlingen. For å få til dette kreves stor grad av faglig tillit, og inntil man sikrer å ha en slik gjensidig tillit, mener en hver enkelt behandler vil ønske å undersøke selv: "*Vil være sikker på at dette blir gjort på en riktig måte fordi det er mitt ansvar*". Informantene mener det vil ta tid å bygge denne tilliten, og særlig når det gjelder leger som kommer fra andre enheter – å få dem til å forstå at man jobber etter annen modell ved Rusakuttmottaket når det gjelder oppgaver og ansvar. Det å jobbe i tverrfaglige team sees fortsatt på som utradisjonelt, det at pasienten kan få kontakt med et så bredt spekter av kompetanse. Noen har hatt tanker om at det lett blir en for stor belastning for pasienten å skulle snakke med så mange. På den annen side er det noen som ser på dette som en stor ressurs. Et eksempel:

"Ok, jeg ser at du har noe trøbbel med økonomi og penger. Jeg skal få sosionomen til å komme inn og snakke litt mer med deg om det. For det kan han mer om enn meg"

"Jeg skjønner at du er skikkelig bekymret for hvordan dette, når skal det påvirke de depresjonene du har erfaring for at, hvis du har hatt tidligere. Kunne du tenke deg å komme igjen i morgen til en oppfølgingsamtale så får du snakke med psykologen vår da?"

Pasientsammensetningen problematiseres også ut fra spørsmålet om terskelen for henvisning. En informant uttrykker det slik: *"Det er veldig få henvisninger som ikke har hatt høy alvorlighetsgrad, noe jeg synes er bekymringsfullt"*. Informanten mener man får for få henvisninger hvor en kan si: *"Hvis du gjør sånn og sånn så vil det være nyttig for pasienten og han vil antagelig klare seg bra"*. Vi registrerer derfor blant våre informanter en oppfatning om at terskelen for henvisninger muligens er for høy.

Informantene problematiserer hvilke pasienter som kvalifiserer for innleggelse ved Rusakuttmottaket. En har tilbakemeldinger om at dersom en pasient ikke legges inn, så oppfattes dette som ev avvisning, og Rusakuttmottaket beskrives *"som vanskelige og rigide"*. For realiteten er at pasienter som henvises blir vurdert grundig før en avgjør om pasienten skal legges inn eller ikke. En informant uttrykker det på følgende måte:

"Vi er flinke til å kartlegge hva slags behov pasienten har, om det er videre behandling osv, vi bruker jo gode screeningmodeller og forskjellige måter å kartlegge pasienten på. Så vi må være flinkere utad til å si hva vi gjør, spisse enda mer. For jeg tror det gjør den tjenesten vår sterkere. Jeg skjønner at det er mange henvisninger hvor de vil pasienten sitt beste, men så fomler de litt i blinde, de vet ikke hvor de skal sende pasienten".

Informantene viser til at kravet om henvisning skapte visse startproblemer, i og med at kommune og fastlege var vant med at pasientene kunne *"komme på døra"*. Samarbeidende instanser opplevde henvisningskravet som tungvint og merbelastende. Rusakuttmottaket opplever fortsatt at enkelte pasienter kommer uten henvisning. Disse pasientene blir ikke avvist, men tatt i mot til en vurdering, samtidig som de blir bedt om å ta med henvisning neste gang. En grunn til at dette nå skjer ganske sjelden, er at tilbudet er blitt bedre kjent, at ansatte ved Rusakuttmottaket har informert om tilbudet bl.a. blant fastlegene, og at en hospiterer *"i ny og ne"*. Det hender også at en får inn pasienter *"som kommer med henvisningen i hånden"*. Da gir en tilbakemeldingen til den henviseren *"om at det må meldes også"*.

Arbeidsmåte, kompetanse og arbeid i tverrfaglig team

Arbeidet i tverrfaglige team ved enheten oppleves som positivt, hvor ulike faggrupper vurderer pasienten og en diskuterer riktige tiltak og veien videre. En har en opplevelse av at *"alle blir hørt i de faglige diskusjonene"*, selv om det medisinske perspektivet har hatt en tendens til å dominere. I intervjuene kommer det fram at det tidligere kun var sykepleiere som hadde telefonvakt og tok i mot henvendelsene, noe som ble opplevd som litt frustrerende av bl.a. sosionomene og *"nok et eksempel på den medisinske tenkningens dominans"*. Denne praksisen er nå endret slik at både sykepleiere og sosionomer har telefonvakt.

Det gode tverrfaglige samarbeidet beskrives som krevende å få til, og desto hyggeligere at man får til spesielt i krevende situasjoner; *"Den gode dynamikken i å jobbe godt tverrfaglig gir mye positiv energi"*.

Presset på mottaket var stort i 2014, og bruk av ekstravakter viser at dette ikke kan fortsette over tid uten økt kapasitet. Dette blir særlig tydelig dersom en skal i gang med liasonvirksomhet. Arbeidet ved Rusakuttmottaket beskrives som emosjonelt utmattende, samtidig som det er behov for å sette av tid til faglige diskusjoner, faglig oppdatering, og tid til å hente seg inn igjen etter strevsomme perioder.

På spørsmålet om kompetansesammensetningen, pekes på behovet for enkelte stillinger som ivaretar kontinuitet og stabilitet. En informant uttrykker det slik:

"en flaggbærer, en fagperson som er stø og solid og spesialist og er den som alle de andre kan lene seg til når det trengs, og som har vært en stund og stått i det".

Som en informant uttrykker det:

"Med en gang noe blir vanskelig, så må man vite hvem det er som skal representere tryggheten i de vanskelige sakene".

I utgangspunktet vurderes teamenes kompetanse som god, men det har vært ytre ønske om tilgang til psykolog også på kveld og natt. Videre vises det til relativt høy turnover blant leger, og også psykologer, noe som går ut over kontinuitet og stabilitet i personalgruppen over tid. Andre mener at det ikke er spesielt kritisk for tjenesten at en ikke har tilgang på psykolog på kveld og natt. Videre har man tonet ned det sosialfaglige på natt, og en antar at det på natt er tilstrekkelig med leger, sykepleiere og miljøarbeidere.

Flere av informantene er opptatt at det psykologiske perspektivet i den tverrfaglige tilnærmingen. En har psykolog i alle enhetene, om enn ikke hele uka – hele døgnet. Og man har sett en utvikling hvor *"psykologene bruker stemmen sin og bruker faget sitt, og står for undervisning og setter agendaen opp i mot resten av behandlergruppen"*. Videre ser man en kompetanseutvikling i øvrige faggrupper; på sykepleiersiden hvor mange har tatt videreutdanning innen psykisk helse, og også noen av sosionomene. Denne utviklingen tolkes som et uttrykk for at det er en svært krevende pasientgruppe å håndtere.

Det at en jobber i tverrfaglige team, er ikke ensbetydende med at eksempelvis lege og sosionom skal være til stede sammen hele tiden. En informant sier det slik:

"en kan utmerket godt kartlegge å ha med seg alle perspektivene fra de ulike fagområdene, selv om alle profesjoner ikke er tilstede hele tiden".

Et diskusjonstema har som sagt vært tilgangen til og bruken av psykologfaglig kompetanse sånn at den kunne benyttes i vaktordningen ut over dagens ordning. Informantene peker på at poenget er i hvilken grad man kan ivareta det psykologfaglige perspektivet i tenkningen omkring drifting av Rusakuttmottaket, også når psykologene ikke er tilstede.

Det å trekke pasienten med i det tverrfaglige arbeidet, beskrives som verken spesielt dårlig eller spesielt godt. Holdningen blant de ansatte til å involvere pasienten er generelt positiv, men pasientene er ofte i en slik tilstand hvor det kan være arbeidskrevende å få mobilisert pasientens ressurser.

Informantene mener opprettelse av ansvarsgruppe er sentralt i tilbudet til pasientene, og det vises til eksempler på at man legger inn pasienter med den begrunnelsen at man ønsker å få til et ansvarsgruppemøte, noe som vurderes som en god begrunnelse hvis *"det er store beslutninger som skal tas og det er viktig at pasienten får mulighet til å aktivt medvirke"*. En fungerende ansvarsgruppe rundt disse pasientene bidrar til kontinuiteten og samhandlingen mellom de ulike nivåene. Grunnen til at det svikter i kontinuiteten mener informanter kan ha med at en:

"kanskje ikke i stor nok grad klarer å ta innover oss at en ruslidelse er en langvarig tilstandslidelse som krever behandling over lang tid. Jeg tror rett og slett at spesialisthelsetjenesten skaper en del av de avbruddene. Ved på en måte å forholde seg som om det er noe nytt som skjer hele tiden, når det egentlig bare er varianter av det gamle".

Informanter viser til at en også har det som omtales som poliklinisk alkoholavgiftning for noen pasienter, hvor man tilbyr et medikamentregime poliklinisk i stedet for innleggelse. Dette krever at det er sannsynlig at pasienten greier å håndtere dette, at de kommer og henter medisiner og gis en poliklinisk oppfølging. Disse pasientene bør helst ikke bo alene, for i tilfeller hvor de får kramper, så bør de observeres: *"men for de som har folk rundt seg og et sterkt ønske om det, gjør vi det noen ganger"*. Andre tilnærminger kan være når en ikke ser grunn til innleggelse, men hvor det er vanskelig å se hva som er *"et fornuftig videre ledd"*, og hvor en tar en prat, ber pasienten tenke gjennom hva han/hun vil, og avtaler nye prat dagen etter. Rammen for disse oppfølgingstimene er to til fire timer, noe som vurderes som ganske kort tid: *"Vi hadde spist opp vår egen akuttkapasitet hvis vi hadde hatt mer enn det"*. Men for noen få pasienter vil det være behov for å utvide rammen, som et alternativ til innleggelse.

Blant informantene pekes det på at man i prinsippet ikke bør skrive ut pasienter hvis man tror pasienten ikke kan klare å vente i de dagene det tar for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten (pasienter som har behov for dette): *"Da bør vi tenke, kanskje to dager til her"*. Tanken bør være at når en står overfor en pasient som trenger litt ekstra hjelp en kort periode, så bør en tilby det selv om det går ut over oppsatt ramme. Det pekes imidlertid på at for noen av pasientene en mottar på Rusakuttmottaket, *"så er poliklinikken egentlig riktig adresse"*. Men en har inntrykk av at noen henvisere har god erfaring med å henvise til Rusakuttmottaket da tilbudet er tilgjengelig og at en avviser i liten grad – Rusakuttmottaket blir inngangsporten til et videre behandlingsforløp

i spesialisthelsetjenesten. Men i et slikt perspektiv blir det vanskelig å anslå hva som er det egentlige behovet for kapasitet ved Rusakuttmottaket i og med at en tar i mot pasienter som burde vært henvist til andre, eller som blir avvist av andre.

Det kan imidlertid være vanskelig å angi det eksakte behov for en del pasienter. En har erfaring med at noen av de tilfellene som høres mest uskyldig ut i utgangspunktet, *"viser seg å være ganske voldsomme problemer"*. Samtidig har en eksempler på saker som høres ganske vanskelige ut, egentlig ikke er det når de får vurdert pasienten nærmere.

Blant informantene pekes det på at man har blitt veldig gode på Rusakuttmottaket når det gjelder å gi den akutte vurderingen, er blitt bedre på å gjøre suicidalvurderinger, og også når det gjelder *"å løfte det somatiske perspektivet"*. Den tverrfaglige tilnærmingen har hatt positiv effekt på kvaliteten på pasientbehandlingen. Og selv om man er gode, så *"kan tverrfagligheten alltid utfordres"*. For en kan alltså få til en bedre tydelighet på hva er det legen og kun legen skal. Og hva er det sykepleierne og kun sykepleierne kan. Og også den sosialfaglige og psykologen. Og hva er det som er igjen i midten? Og hvordan jobber man sammen om det? Og organisatorisk også, hvor er det legen er fysisk når man er på jobb? Er man i teamet eller er man til og fra og mest på kontoret? Hvor mye er man sammen med pasientene? Skal man flytte det tverrfaglige teamet inn til pasienten og få mer brukermedvirkning? Så utfordringene beskrives som åpenbare og forbedringspotensialet likeså.

Omstillingsprosessene oppleves som krevende og har tatt mye energi og oppmerksomhet, for det er behov for arbeidsro for å få jobbet optimalt innenfor organisasjonen. Det er ulike synspunkter på samlokalisering av Rusakuttmottaket og avgiftningsenheten. Enkelte har argumentert med at man da vil *"miste akuttperspektivet"*, en frykt som ikke deles av alle.

Blant informantene pekes det på at det gode avgiftningsforløpet primært er de planlagte, *"hvor man i samarbeid med pasienten og førstelinjen skal noe i etterkant"*. I de "akutte løpene" blir det ofte slik at pasientene *"går ut igjen til mye av det samme"*, som eventuelt ender med reinnleggelse. Og erfaringene er at hvis man som fastlege eller hvis man i NAV ikke er tett nok på pasienten og tidlig nok ute med å søke elektivt, *"så eskalerer livssituasjonen sånn at det ender med et akutt forløp"*.

I organiseringen av virksomheten har man snakket om det ved etableringen rundt rusakuttmottaket at en ønsker å ha et reflekterende team, og at behandlingsmøtene skulle skje inne hos pasientene: *"Vi er jo fortsatt ikke der"*. Mange har blitt veldig god i avdelingen på å jobbe med brukermedvirkning på systemnivå, og har et velfungerende brukerråd og har brukerrepresentanter med i mange prosesser: *"Men det å spørre brukeren om hvordan vurderer du den behandlingen vi gir deg og ha systematikk rundt det, for å justere kursen. Det gjør vi ikke"*. Samtidig kommer det fram i intervjuene at fagfolkene mener mye om hvor pasienten skal etterpå og hva pasienten trenger. Men som en informant uttrykker det:

"vi snakker ofte om det at vi legger ambisjonsnivået på pasientens vegne høyere enn kanskje det mestringsnivået tilsier da. Og at vi er for dårlig til å sjekke ut om det samstemmer".

Informanter reiser spørsmålet om man ikke bare kan spørre pasienten: Opplever du at du er med i behandlingen? Opplever du at ditt perspektiv blir tatt i mot? Føler du at vi jobber over hodet på deg eller er du med på det som skal skje? Informanter mener man burde kunne ha en systematikk for å fange opp det.

En sentral tanke ved etablering av Rusakuttmottaket var den tette koblingen mellom akuttmottak og døgnplasser, samt opptattheten av at pasienten, etter akuttinnleggelsen:

"skal ut til noe, ellers så kan det for mange være kontraindisert å komme inn akutt, nettopp ved at overdosefaren kan øke hvis du kommer ut etter to-tre døgn, og redusert toleransen for inntak av rusmidler".

Ved etablering av Rusakuttmottaket så man behovet for å tydeliggjøre hva som er akuttbehovet og hva som kan vente. Arbeidsformen, det å jobbe med akutt rusproblematikk, stilte også krav til styrking av kompetansen, noe som gjorde det nødvendig med:

"en betydelig høyere bemanningsfaktor enn de andre seksjonene våre, og har en høyere andel spesialister for eksempel enn de andre enhetene våre sånn at vi har kompetanse i front".

I bemanningen har en tatt høyde for både det medisinskfaglige, psykologfaglige og sosialfaglige perspektivet (i tråd med TSB-tenkningen) for å kunne vurderinger på alle aktuelle områder, og at alt kunne skje på samme sted.

Informantene kommenterer også utfordringene i den tverrfaglige tilnærmingen og spørsmålet om hvem som skal beslutte hva i et forløp. Slike diskusjoner vil en alltid ha og sees som en naturlig del av samarbeidet. God håndtering av dette knyttes til godt lederskap, det å åpne for denne typen diskusjoner og sørge for at hver enkelt medarbeider får brukt sin kompetanse og sine ferdigheter, og hvor kompetanse både knyttes til formell utdanning og til ervervet kompetanse. Det pekes på at man trenger alle fagområdenes kompetanse for å finne gode løsninger sammen med pasienten, samtidig som man må være tydelige på og anerkjenne at noen profesjoner og noen funksjoner har et ansvar som andre ikke har.

Blant informantene pekes det på at det spesielle ved dagens organisering (også omtalt som Oslo-modellen) en kobling mellom *"en akuttvurdering, eventuelt en poliklinisk oppfølging og tilgang til døgnplasser og tilgang til en god medisinsk utredning i forbindelse med en kortere døgninnleggelse"*. Den såkalte Oslo-modellen og det spesielle ved dagens organisering beskrives imidlertid av noen av informantene som det tette samarbeidet mellom Rusakuttmottaket og OKL.

I utgangspunktet var planene for Rusakuttmottaket at man prioriterte legene som fagpersonell "på grunn av somatikken". Informantene har også synspunkter på at man kunne vært styrket på psykologsiden bl.a. i forbindelse med deltakelse i krisehåndtering og etablering av mestringsstrategier. Alternativet ville vært å "lære opp legene bedre med hensyn til krisehåndtering".

En av informantene uttrykker det slik i beskrivelsen av arbeidet ved Rusakuttmottaket:

"Her kommer det folk inn i en krise, vi legger de inn for en akutt avgiftning og de får masse hjelp med å få på plass nettverket sitt og komme i gang, få masse hjelp av personalet på post med å komme i gang med tenkningen sin igjen. Også skriver vi de ut som ferdig avruset etter to døgn. Og at vi har hatt en utfordring i forhold til å klare å beskrive krisene i journal, vi har hatt en utfordring i forhold til å beskrive hvilke tiltak vi faktisk utfører på sengeposten, denne omsorgsfulle hjelpen i å komme i gang med tenkning og resonnering og problemløsning, den har vi ikke klart å beskrive i journalene".

Det pekes på behovet for å gi pasientene i større grad tilbake en mestringsopplevelse og en læring i krisehåndtering, "ikke bare medisinerer og et sted å hvile ut".

Organiseringen med mottak og døgn oppleves å fungere godt og det beskrives som en viktig "læring for alle faggruppene at man har jobbet såpass tett sammen og at det har fungert og det at til tider fungerer utmerket". Samtidig vil pasientene kunne oppleve at de får mange av de samme spørsmålene igjen og igjen. Informantene peker imidlertid på at dette er en konsekvens og en villet tilnærming i det tverrfaglige arbeidet, at pasientens situasjon skal forstås ut fra ulike fagperspektiver. Gjennom tverrfagligheten ser man også en læringsprosess ved at personalet, gjennom å jobbe sammen, "utvider forståelsesrammen og sitt faglige repertoar". For pasientgruppen har ofte komplekse sammensatte problemer som oppleves som utfordrende og krevende og som må forstås ut fra ulike faglige tilnærminger, og sånn skal det være. Og som en informant uttrykker det: "Hvis vi ikke opplever det som slitsomt så gjør vi ikke en god nok jobb".

En ser det også som en sentral del av måten man jobber på at fagfolkene innen hvert team samarbeider, lufter fag og frustrasjoner, belastninger og utfordringer seg i mellom, og at en har gode rutiner for overføring til neste team. En uttrykker det slik:

"denne måten å jobbe på skal også fungere som en ventil, ventil hvor man ser ting fra forskjellige synsvinkler og fordeler ære og ansvar, og står sammen i prosessene".

Informantene beskriver arbeidet ved Rusakuttmottaket ofte med vekt på de tunge sakene – de krevende pasientene: "tyngdekraften gjelder på dette fagfeltet også". Det vises imidlertid at det er ganske mange pasienter "som går gjennom systemet relativt smertefritt", pasienter med enklere problemstillinger som får den hjelpen de trenger og som opplever mestring gjennom det. Men i de faglige samtalene blir det ofte "de tunge tingene som kommer fram", og en har også erfart at mange "sukker oppgitt over alle disse gjengangerne, og tenker at det er, hva er det vi driver med

egentlig, folk kommer igjen og igjen". Statistikken viser imidlertid at andelen gjengangere er under 10 % av pasientene. Samtidig er dette en pasientgruppe som en bruker forholdsmessige mye av ressursene på. Men informanter mener dette er greit dersom evaluering av behandlingsforløpene viser at man klarer å tilføre noe bra i hver runde og får til en bedre utredning fra gang til gang som fører til en type tiltak som bedrer pasientens livskvalitet – litt mer for hver gang – og bedrer prognosen over tid: *"da er det verdt innsatsen"*.

Tilbudet ved rusakutten varierer noe, men dreier seg ofte om å gi pasienten mat og la vedkommende sove ut og abstinensbehandling. Mange er underernærte, har mangelsykdommer, infeksjoner, hepatitt og HIV, problemer med lever og nyrer og annen somatisk problematikk. Det tverrfaglige samarbeidet omkring pasienten vurderes som veldig bra. Godt samarbeid og god arbeidsdeling, med tilgang på lege, sykepleier, sosionom og psykolog. De ansatte opplever å kjenne hverandre godt og er trygge på hverandre, og hvor man har hverandre i usikre situasjoner. De synes å ha fått til godt samarbeid i teamene, bl.a. så pasientene slipper å bli spurt om de samme tingene flere ganger av ulike personer. Når det gjelder stabilitet i personalgruppen, vises det til høy turnover i perioder, spesielt blant legene og psykologene; *"som har bare vært her et år, før de går videre i spesialiseringen sin"*.

Det er enighet om at en er positiv til dagens organisering, hvor en trekker fram tverrfagligheten og akuttilbudet. Men en har gjort seg noen tanker "om hvor det har blitt av alkoholistene". Tidligere var dette den klart største pasientgruppen og *"de illegale, rusavhengige utgjør bare en promille i forhold til alkoholistene"*. Man har forhørt seg blant andre behandlingstilbud, som opplyser at alkoholistene fortsatt finnes, men at de gjemmer seg bort hjemme og i parker hvor de sitter og drikker. Og en har en del eksempler på at en får telefon fra OKL om en alkoholisert pasient og hvor en blir enige om at pasienten skal inn på rusakuttmottaket: *"Men så får vi senere en telefon om at pasienten har stukket av"*. En forklaring på dette er at ventetiden på OKL er så lang at pasienten blir utålmodig og stikker av av den grunn. En annen teori på hvor alkoholistene har blitt av, er at man finner *"mange av våre gamle alkoholister i botiltakene"*.

I beskrivelsen av arbeidet i enheten er det flere av informantene som problematiserer begreper som akuttfunksjon og rus som akutt lidelse, og øvrige vansker, sykdommer og symptomer. Pasientene har, relativt ofte, både psykiske og somatiske plager og følgetilstander. Dette kan være plager som er en direkte følge av rusmisbruket, eller de har grunnlidelser som gjør at de ruser seg:

"Og det vi ser er at de får vansker med å få behandlet grunnlidelsen sin fordi rusmisbruket er så tydelig".

Det pekes på at det å være rusmisbruker kan beskrives som en kronisk akutt tilstand, og at det ikke nødvendigvis er sånn at en ved Rusakuttmottaket

"skal kurere ruspasienter, men vi kan gjøre dem i stand til å leve med et akseptabelt rusbruk som ikke eskalerer".

Tverrfagligheten ved Rusakuttmottaket vektlegges av informantene vi intervjuet, at en greier å håndtere komplekse problemstillinger som trengs å bli fanget opp, noe en synes en får bra til. Kompleksiteten forutsetter tverrfaglig tilnærming for å finne gode løsninger. Og mange av pasientene ved Rusakuttmottaket er fulle av skam over "at de har havnet ut på". Vektleggingen og det å skape forståelse for at man har en sykdom er viktig å få kommunisert, som gjør det lettere for pasientene å akseptere sin situasjon.

Rusakutt, medisin og psykiatri - samlokalisering

Samlokalisering internt i avdelingen og vis a vis akuttenehetene for medisin og psykiatri er tema i intervjuene. Det savnes mer nærhet til medisinsk og psykiatrisk akuttmottak:

"Vi ser bl.a. at de medisinske avdelingene får inn en del folk, særlig med de nye rusmidlene. Som oppleves som veldig alvorlig somatisk".

For det er de pasientene som har rusbruk som skaper store problemer for dem. Slik det er i dag krever det betydelige ressurser å oppsøke avdelingene på Ullevål, selv om "dette er pasienter som er dårlig og som de gjerne vil at vi skal snakke litt med". Så kan det sies at det ikke er langt mellom Aker og Ullevål. Men, som en informant uttrykker det:

"Det er kanskje langt nok til at noen av de pasientene glipper for oss".

Informantene har ulike perspektiver på spørsmålet om samlokalisering. Samlokalisering av mottaket og døgn ansees som faglig viktig, og mindre viktig i forhold til avgiftning. Men for den kollegiale siden, ansees det som fornuftig med en samlokalisering av hele avdelingen. Ut fra et klinisk perspektiv er det informanter som mener at lokalisering i nærheten av de andre akuttjenestene (medisin og psykiatri) er det viktigste.

Flere av informantene legger vekt på at tilbudet ville vært styrket ved en samlokalisering av Rusakuttmottaket og akuttmottak somatikk og psykiatri. En informant begrunner det slik: "sånn at man kan få til gode flere fellesvurderinger av disse pasientene". Det sentrale blir med andre ord lokalisering sammen, og ikke at man er organisert sammen. Noen av disse forutsetningene for tenkt modell forsvant da funksjoner ble flyttet dels til Ullevål, og dels til Ahus: "Særlig samarbeidet med somatikken fikk en brå stopp"

Informantene vektlegger det som omtales som synergien ved nærhet mellom rusakutt, somatiske avdelinger og psykiatriske avdelinger, noe en hadde tidligere på Aker sykehus. En informant uttrykker det slik:

"Før hadde vi en tjeneste hvor vi gikk inn og snakket med pasienter med rusmiddelrelaterte lidelser som var innlagt i somatiske avdelinger og også psykiatriske avdelinger. Denne effekten er nå mer eller mindre smuldret bort."

Tilsvarende samarbeid i dagens situasjon beskrives som mye mer ressurskrevende, i og med at en må reise til Ullevål. I en ideell verden beskrives ønsket om en lokalisering i nærheten av samarbeidende enheter for pasienter med rusrelaterte lidelser kombinert med både komplekse somatiske problemstillinger, men også i forhold til "*den psykiske helsen*". En har imidlertid tilgang til kardiologer som kommer og har tilsyn med pasienter, særlig pasienter med illegale misbruk som får skader i hjerte/kar.

En gjenganger i intervjuene er samarbeidet med psykisk helsevern, et samarbeid som av enkelte omtales som "*en øm tå*", og at terskelen for innleggelse i TSB, er betydelig lavere enn terskelen for innleggelse i psykisk helsevern. En informant uttrykker det slik

"Så vår oppgittethet er over at psykisk helsevern vurderer pasienter til å ikke trenge innleggelse når vi helt klart ville gjort det hvis vi bare hadde syntes at vi kunne klare å ivareta pasienten".

Så det reises spørsmål om dersom man hadde brukt det polikliniske løpet bedre og psykisk helsevern hadde "*tatt flere av sine*", om man egentlig hadde hatt behov for de sengene man i dag har ved Rusakuttmottaket.

Forholdet til og samarbeidet med akuttpsykiatrien mener informantene har et forbedringspotensial. Blant våre informanter vises det til eksempler på at en

"har beholdt pasienter som helt klart var psykotiske fordi en var redd for at pasienten skulle få et døgn på psykiatrisk avdeling og så ferdig".

Men det vil være en evig diskusjon og svarene vil avhenge av hvem man spør, og spørsmålene vil være; hvor syke pasienter skal man kunne ta inn på et rusakuttmottak? Hva handler om kompetanse, hva handler om rammene, hva handler om kulturen? For Rusakuttmottaket forholder seg til en utfordrende pasientgruppe, "*som mange vil føle at man ikke klarer å ivareta godt nok uansett*".

Grensedragningen mellom rus og psykiatri, hvem som hører hjemme hvor og hvem som skal gi et tilbud er et tilbakevendende tema. Det blir trukket fram eksempler på pasienter som er psykotiske med behov for skjerming, men hvor det blir problematisk fordi de ruser seg. Samarbeidet med psykiatrien beskrives ikke som optimalt, og det blir "*mye sending av pasienter fram og tilbake*", noe som er svært uheldig. Og på rusakuttmottaket er det en oppfatning at de strekker seg veldig langt når det gjelder tilbud til denne pasientgruppen. Pasienter med behov for skjerming og muligheten for tvangsmedisinering, mener informantene psykiatrien har bedre forutsetninger for å behandle:

"Vi har jo ikke lov til å holde en pasient en gang. Så det føles jo litt utrygt innimellom da. For både pasienten selv, for da eskalering av symptomer, men også andre pasienter går jo inn på rom. Altså det har jo vært noen ubehagelige situasjoner. Også ubehagelig for personal

da. Utrygt. Men ikke når man vet, altså det er en trygghet når man jobber på psykiatrisk, å vite at man har midler man kan bruke".

Når det gjelder samarbeidet med og innleggelse innen somatikken, oppleves dette som enklere. En opplever at det er klarere indikasjoner ved behov for innleggelse i somatikken (behov for overvåkning, blodoverføring osv).

Veien fra mottak til døgnet og avgiftning

Til døgnet kommer pasientene via akuttmottaket, hvor det er gjort en utredning og vurdering, og hvor det gis en bestilling til døgnet om hva innleggelsen innebærer, tye behandling som trengs, medisiner, behov for tilsyn, blodprøver og telling av respirasjon, om det har vært vold og suicidalitet inne i bildet, om pasienten har ruset seg på alkohol, medikamenter, opiater, cannabis osv.

I intervjuene vises det til at over halvparten av pasientene ved rusakuttmottaket legges inn på døgnet. Noen av pasientene gis tilbud om oppfølgingstime, spesielt de unge. Ved enheten er en spesielt opptatt av å sikre at pasientene får kontakt og videre oppfølging. Andelen gjengangere er relativt lavt, og gjengangerne kjennetegnes ofte av et for dårlig tilbud lokalt.

I intervjuene kommer det fram at det til tider kan være vanskelig å få overført pasienter fra døgnet til avgiftning. Men samtidig har en erfart at *"det er to strømmer inn: Akutt og elektiv"*, og at man får topper i begge strømmene samtidig, selv om dette skjer sjelden. Da oppstår slike situasjoner, samtidig som man opplever perioder med tomme senger i avgiftningen. Spørsmålet blir om man skal tilpasse kapasiteten til unntakene eller normaltstanden.

Ved planlegging av Rusakuttmottak døgnet ble det satt en ramme på to døgnet, noe våre informanter mener man har *"truffet godt med i forhold til behov"*. Samtidig vises det til at vel halvparten av pasientene på døgnet overføres til avgiftning, altså pasienter med behov for et lengre opphold. Det kan imidlertid også gis forlenget opphold ved døgnet om en ser behov for *"forlengelse av liggetiden, noe"* eller i situasjoner hvor en *"venter på ledig seng ved avgiftningsenheten"*. Informanter opplever at Avgiftningen kan *"være proppen i systemet"* og at oppholdet ved døgnet forlenges ut over de 48 timene fordi det er fullt på Avgiftningsenhetene: *"Så da ligger de lengre enn 48 timer på Døgnet, ikke fordi de trenger mer enn 48 timer her, men fordi vi ikke har noe annet sted å sende dem"*.

En av ideene med rusakuttmottaket var at de skulle fungere som en sluse for veien videre til avgiftning illegal, eller alkohol, hvor sistnevnte ofte er en propp i og med at de ofte har fullt belegg. Når det gjelder førstelinjen, beskrives dette tilbudet som meget begrenset, *"og en pasient blir ikke rusfri av å være to dager hos oss"*. En av informantene beskriver situasjonen på følgende måte:

Noen kommer inn og bare skal ha en pause eller en opptrapping eller er helt ærlige på at de skal ute å ruse seg igjen. Men, så er det om å gjøre og starte noe kontakt eller å kartlegge og få en etablering der ute da. For det er de som har ansvaret for pasientene ute. Og der også buttrer det. Når vi står med en pasient som er motivert og ønsker å bli rusfri. Og ønsker å henvises til en langtidsbehandling som det er åtte måneders ventetid på. Og så må vi skrive han ut igjen til rus.

Erfaringen er at mange av pasientene medisineres såpass mye at de trenger mer tid enn den 48 timene ved Rusakuttmottaket for å stabilisere pasienten medisinsk. Dette er mye av rasjonalet for at man overfører i så stor grad til avgiftningen, og også tilbyr oppfølging ved Rusakuttmottaket. For at dette systemet skal fungere, er det imidlertid nødvendig med en oppfølging lokalt for mange av pasientene. For uten det "er det ofte ikke så uvanlig at de går tilbake til vanlig standard rusing". I dette arbeidet er det viktig at en utnytter de ressursene pasientene selv har, og ikke tenker at "er du rusmiddelmissbruker så klarer du ingen ting". Flere av informantene er i denne forbindelse opptatt av skille mellom behandling, som pasientene har krav på og som utføres ved Rusakuttmottaket, og omsorgstjenester som andre skal ta seg av.

Ambulant tjeneste og liason-virksomhet

Flere av informantene vektlegger betydningen av "å jobbe mer ute" – mer ambulant, og mindre stasjonært. Ønsket er ikke å ha så tette skott mellom det å fungere som et ambulant team og "fungere som en akutt vurdering inne". Større grad av fleksibilitet enn det en har i dag, med større mulighet til å vurdere pasienten der han/hun er der dette vurderes som mest hensiktsmessig. Eksemplet som trekkes fram er situasjoner hvor man lokalt ikke greier å motivere pasienten for innleggelse, og hvor et ambulant team i stedet kan oppsøke pasienten.

Når det gjelder ambulant tjeneste og liason-virksomhet, viser informantene til at en skal i gang med dette spesielt når det gjelder somatiske avdelinger. I utgangspunktet driver man ikke veiledning i bydelene, men at dette må komme som svar på forespørsel. Opplevelsen er at rusakutten og kommunen fortsatt vet for lite om hverandre og hverandres tilbud og ansvar, og at en derfor burde satse mer på hospitering satt i system.

Det som er tenkt i første omgang med liason-tjenesten på rusakuttmottak er knyttet opp mot somatisk avdeling på Ullevål, fordi man vet at i somatikken så ligger det mange som har en grunnleggende ruslidelse. Det er tenkt å bygge ut den polikliniske utadrettede virksomheten, og på sikt kunne bistå mer ut: "At pasienten er i det kommunale tiltaket eller i sin leilighet i bydelen med oppfølging fra fastlege og at vi kobles på i de periodene som man trenger spesialister". Erfaringen er at rusakuttmottaket besitter en unik og tverrfaglig kompetanse knyttet til denne pasientgruppen, som bl.a. er stor mangelvare i kommunen. I liason- og veiledningstenkingen mener en det er viktig å spre kunnskap og gi informasjon, "uten at vi skal strekke oss så veldig langt over de andres bed. Vi må ikke miste grepet på det man er spesialist på også da".

Forholdet til andre sykehus

Informantene viste til at Rusakutten har akuttansvar for alle som oppholder seg i Oslo til enhver tid, også de som sogner til annet helseforetak. Når de har kommet gjennom akuttfasen, skal de egentlig sendes til "eget sykehus". Men dette er noe en ikke alltid får til på grunn av manglende tilbud. Samarbeidet med Akershus universitetssykehus trekkes fram som en utfordring i enkelte situasjoner. Selv om Ahus er pliktig til å ta over "sine pasienter", hender det at en ikke får til overføringer ut fra kapasitetsmangel, "så da lar vi dem ligge her". Her vises det spesielt til pasienter hjemmeboende i bydelene Grorud, Stovner og Alna som ligger under Ahus, men som likevel er Oslo-tilhørende.

Utfordringen er at de andre sykehusene mangler tilbud til akutt rus. Disse pasientene blir henvist enten til psykiske helsevern eller somatikk. Her vise informantene bl.a. til Vestre Viken som ikke har akuttfunksjon for avgiftning, kun "planlagte avgiftninger". Som en informant uttrykker det:

De er jo pålagt å ha akuttmottak rus, og vi kunne ha sendt pasienten av gårde i drosje fordi det er deres ansvar – tilhører deres sykehus. Men det gjør vi ikke – vi sender ikke av gårde en pasient uten at vi vet at det står noen i andre endes som faktisk kan vurdere og å ta i mot.

Sykehus kun med plasser for planlagt, elektiv avgiftning, gir tilbakemelding om at plassene er fulle, og hvis de da skal ta i mot en akuttpasient, så må de vurderes som aktuelle enten for akuttinnleggelse i psykiatri eller somatikk: "men da må de innfri kriteriene for dette, eksempelvis at det er suicidalfare". En av informantene beskriver situasjonen på denne måte:

Så det som faktisk skjer i praksis, det er at når det kommer Ahus-pasienter til legevakten, så ringer de til oss og sier "Det er Ahuspasient. Men der er det fullt" Og dette er en akuttpasient. Så bruker de og et sånt uttrykk som heter "Ja, han skal til Ahus når han er transportdyktig" Men han er jo transportdyktig i fra legevakten og opp hit. Så det er sånn tullebegrep som har sneket seg inn i våre systemer.

I situasjoner hvor man har en Ahuspasient hvor det er behov for mer oppfølging og behandling, og hvor Ahus ikke kan ta i mot vedkommende, benyttes Grorud DPS for videre vurdering. Dialogen med Grorud DPS beskrives som veldig god, men som opplever samarbeidet med Ahus som problematisk.

Forbedrings- og utviklingspotensial

På spørsmål om forbedringspotensial, trekkes fram en annen lokalisering og da i nærheten av akuttmottak somatikk og psykiatri – helst på Ullevål. Vi har også ytringer om større grad av nærhet til OKL da erfaringen er at en del av pasientene som er henvist "forsvinner på veien fra legevakten og opp til rusakutten".

Et forhold som skaper litt uro i organisasjonen og personalgruppen er *"stadige planer og ideer om omorganisering og flytting – høy paranoid beredskap"*. Et annet forbedringspotensial som trekkes fram, er det som omtales som bedre ivaretagelse av de ansatte. Omorganiseringer og lokaliseringdiskusjoner har skapt frustrasjoner og usikkerhet. Mangel på forutsigbarhet skaper uro i personalgruppen og tar oppmerksomheten bort fra den jobben en er satt til å gjøre. Et siste punkt som trekkes fram er at det bør satses mer på kurs og opplæring. Dette hadde styrket opplevelsen av å bli verdsatt i de ulike faggruppene.

Flere av informantene mener en har fått til mye på relativt kort tid med hensyn til å gjøre tilbudet ved Rusakuttmottaket kjent i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, *"samtidig som vi vet at det er mange fastleger som aldri henviser"*. En erkjenner at en fortsatt har et stykke vei å gå på dette området, men det handler da ikke bare om å gjøre Rusakuttmottaket eksistens kjent, men også å få formidlet tenkningen bak opprettelsen av Rusakuttmottaket. Erfaringen er at også innen spesialisthelsetjenesten er den tverrfaglige sammensetningen ved Rusakuttmottaket ukjent, men det vil ofte være slik at det ikke er tilstrekkelig å vite om tilbudet, *"det må også formidles positive erfaringer fra denne måten å jobbe på, og det vil ta tid"*.

På spørsmål om andre ting informantene er fornøyde med, vises det til at de får gode tilbakemeldinger fra pasientene, at de har en relativt lav andel gjengangere blant pasientene, gode holdninger og godt samarbeidsklima. Når det gjelder lokalisering av rusakuttmottaket så blir det sett på som positivt at en har samlet to enheter med akuttinnleggelser som spesial, adskilt fra elektive innleggelser ved avgiftningen: *"Her blir akuttpasienter tatt på alvor, gitt god faglig behandling og service"*.

3.4.3 Bemanning og kompetanse

Det ble i 2011 gjennomført en evaluering av kompetansesammensetning i rusakuttmottaket. I design av evalueringen ble det lagt vekt på at man skulle sammenstille eksterne føringer (krav til produksjon og kvalitet) med faggruppens egne vurderinger til kompetansesammensetning. I rapporten oppsummerte man status, vurderte gjeldende kompetansesammensetning og bemanningsplan og foreslo endringer til bedre utnyttelse og sammensetning av kompetansen.

I rapporten ble TSB fremhevet som en hensiktsmessig og meningsfull institusjon på tvers av yrkesgrupper og funksjoner. Man understreket verdien av tverrfaglighet selv om denne manglet i deler av døgnet. Dette ble tolket dit hen at man opplevd tverrfaglig tilnærming som en faglig styrke mer enn et pålegg, og det var ingen som foreslo å svekke prinsippet om en tverrfaglig tilnærming. Det ble imidlertid fra flere hold trukket frem og problematisert at man ikke hadde kompetanse til å foreta tverrfaglige *vurderinger* døgnet rundt. Det at fysisk tilstedeværende kompetanse varierte med døgn og ukerytme kunne aksepteres og vurderes som forsvarlig. Forsvarlighet var da knytte til om man i tillegg til akseptabel grunnbemanning, hadde ryddige rutiner for beredskap, tilkalling av kompetanse og eventuelt overføring av pasienter med komplikasjoner eller tilstander man ikke hadde kompetanse til å håndtere. I selve

inntaksvurderingen var det mer problematisk da man på kveldstid, natt og helg ikke hadde en psykologfaglig stemme i den tverrfaglige vurderingen. Samlet var dette 49 % av alle innleggelser.

Med referanse til vedtatt "Bemanningsnorm" for OUS syntes grunnbemanningen ved RAM sengepost å være god. Selv om man korrigerer for at bemanningsnormen kun tok med sykepleierressurser, ikke tok hensyn til tverrfaglighet og man heller ikke hadde et system for å vekte pleiekategorier innen TSB, satt hovedinntrykket om en god grunnbemanning fortsatt fast. Dette ble bekreftet av intervjudata der grunnbemanningen av faggruppene generelt ble beskrevet som "tilfredsstillende". Sett fra evalueringsgruppens side var det nærliggende å vurdere grunnbemanning opp mot organisatoriske forhold (kapasitet i sengepost). Bemanningsnormen var utviklet og standardisert med tanke på "vanlige" sengeposter med kapasitet på rundt 20 senger eller mer. RAMS hadde kapasitet på 13 senger og et belegg på 72 % (januar - oktober 2011). I rapporten ble det vist til at RAM burde tilstrebe tverrfaglige vurderinger i inntaksarbeidet. Somatisk tilsyn og kompetanse var påkrevet og sosialfaglige bidrag ble vurdert som sentrale i å håndtere mennesker i krise. Inntaksarbeidet syntes det oftere å skorte på somatisk kompetanse (medisinsk og sykepleiefaglig) der man skulle håndtere abstinenssymptomer, kramper med videre. Manglende kompetanse innen psykisk helse ble problematisert.

I rapporten ble det skissert noen mulige retninger for utvikling. Det ble pekt på at man burde se personalressurser i fagteam/sengepost i sammenheng (særlig etter kl. 18), legge til rette for bakvaktsystem for psykologvurderinger i inntak. Og styrke vurderingskompetanse på sengepost. Hovedinntrykket en satt igjen med var at man ga somatisk behandling på tilfredsstillende nivå, og at man opplevde grunnbemanning som tilfredsstillende. Det ble imidlertid etterlyst bedre tilgjengelig kompetanse innen psykisk helse på sengeposten.

I kommentarene pekes det på at det har vært små endringer i perioden 2012 – 2014 i antall stillinger og antall ansatte samlet sett. I mars 2013 ble seksjonen *Leger og Psykologer* nedlagt og disse stillingene ble fordelt på sengepostene og fagteam.

Temaet bemanning og kompetanse er gitt bred omtale i punkt 3.4.2 ovenfor. Bemanningssituasjonen vurderes av våre informanter som i hovedsak tilfredsstillende, bortsett fra mottakets påpekning av periodevis stor pågang av pasienter i 2014 som gjorde det nødvendig å hente inn ekstravakter. Vi har ikke tallmateriale som viser om dette var en generell tendens med hensyn til økning i antallet pasienter, eller om det et eksempel på temporære svingninger. Når det gjelder vurdering av kompetansesammensetningen viser vi til punkt 3.4.2 ovenfor.

3.5 Samarbeid mellom Rusakuttmottaket og det øvrige hjelpeapparatet

3.5.1 Samarbeid – noen aktivitetstall

Med samarbeidspartnere forstår vi de som *henviser til* Rusakuttmottaket, og de som *følger opp pasientene etter* oppholdet ved RAM. Samarbeidet mellom Rusakuttmottaket og det øvrige hjelpeapparatet kan bl.a. illustreres ved en oversikt over henvisende instans og hvor pasientene henvises etter opphold ved Rusakuttmottaket.

Tabell 3.8. Pasienter Rusakuttmottak – henvisende instans. 2011 - 2014. Antall.

Pasienten henvist fra:	2011	2012	2013	2014
Andre tjenester	71	126	60	45
DPS	0	29	79	59
Fastlege	173	249	216	123
Legevakt	722	651	729	459
Pasienten selv	82	85	94	45
Inst innen PHV, Politi/fengsel, Rehab/sykehj	4	13	4	2
Spesialisthelsetjeneste	591	671	575	366
Sosialtjeneste	120	86	83	46
TSB	0	21	28	13
Ikke utfylt	458	5	39	398
Totalt antall pasienter:	2221	1936	1907	1556

Vi viser igjen til merknadene ovenfor når det gjelder overgangen til DIPS-registreringen høsten 2014. Nedgangen i tallene for 2014 kan, i alle fall delvis, forklares med denne endringen. Det er OKL og spesialisthelsetjenesten som utgjør instansene med høyest andel av henvisningene (henholdsvis 29 % og 23 % i 2014). Bak samlekategorien "spesialisthelsetjenesten" finner man, i følge Rusakuttmottaket, flere ulike enheter. Dette kan være henvisninger innen egen avdeling, men fra en annen seksjon/enhet, for eksempel ruspoliklinikkene. Erfaringsmessig mottar Rusakuttmottaket en stor andel henvisninger fra Ruspoliklinikken. Videre mottar Rusakuttmottaket henvisninger fra Seksjon Rus- og avhengighetsbehandling ung og Seksjon Rus- og avhengighetsbehandling voksen, dette ofte i sammenheng med at pasienter som er innlagt i døgnbehandling har hatt et tilbakefall til rus og trenger kort abstinensbehandling og lignende for å kunne fortsette i videre behandlingsforløp. I tillegg mottar Rusakuttmottaket henvisninger fra somatisk avdeling (akuttmedisinsk) og psykiatrisk avdeling (akuttpsykiatrisk). Utover dette mottar RAM henvisninger fra private aktører som Helse Sør-Øst har avtale med. De hyppigste er A-senteret, Tyrili, Behandlingstunet Fetsund, Trasoppklinikken, Incognito.

Legevaktens og spesialisthelsetjenestens andel av henvisningene varierer noe fra år til år, men det er ingen klar tendens verken til økning eller reduksjon. Andelen henvist fra fastlege utgjorde 8 % i 2014, og antall henviste pasienter viser en nedadgående trend i årene 2012 – 14. Antall "ikke

utfylt" er relativt høy i 2014 (26 %), og vi har ikke opplysninger om hvorfor den er så vidt stor i 2014. Dette medfører en viss usikkerhet i de øvrige tallene.

I tabell 3.9 vises hvilke instanser pasientene utskrives til etter endt opphold ved Rusakuttmottaket.

Tabell 3.9. Pasienter Rusakuttmottak – skrevet ut til. 2011 - 2014. Antall.

Pasienten skrives ut til:	2011	2012	2013	2014
Aldershjem/sykehjem el lignende	2	1	1	3
Annen (somatisk) enhet ved egen helseinstitusjon	0	1	17	20
Annen avdeling	654	497	100	0
Annen enhet (ikke somatikk) ved egen helseinstitusjon	0	3	8	6
Annen enhet innen TSB	59	16	10	4
Annen institusjon	100	147	127	120
Annen post ved avdeling	0	0	497	591
Annet /ukjent	105	94	111	180
Bosted/arbeidssted	448	451	397	533
DPS	0	3	2	2
Avbrudd	41	39	65	65
Sykehotell	1	0	0	0
Bosted med kommunal oppfølging	0	0	0	1
Totalt antall utskrevne pasienter:	1410	1252	1335	1524

"Annen avdeling" og "Annen post ved avdeling" er begge Avgiftningsenhetene på Aker, som ble organisert sammen med RAM i Seksjon rusakuttmottak og avgiftning i 2012. En ser av tabellen at det er to "adresser for utskriving" som dominerer: Avgiftningsavdelingen, som utgjorde 39 % i 2014, og "bosted/arbeidssted" (35 % i 2014). Andelen utskrevet til bolig/arbeidssted holder seg relativt stabil i hele perioden.

Tabell 3.10. Pasienter utskrevet og pasienter overført fra Rusakuttmottak døgn til avgiftning. 2011 - 2014. Antall og %.

	2011	2012	2013	2014
Totalt antall utskrivninger	1389	1254	1325	1517
Overført til avgiftningsenhetene	643	497	586	587
Overført til avgiftningsenhetene i %	46.3	39.6	44.3	38.7

Avgiftningsenhetene har 30 sengeplasser fordelt på to enheter for planlagte innleggelser til *avgiftning* av legale og illegale rusmidler. Avgiftningsenhetene tilbyr opphold ut over de 48 timene ved Rusakuttmottak døgn. Andelen av pasientene ved Rusakuttmottak døgn som henvises til

avgiftningsenhetene varierer noe fra år til år uten noen klar tendens i noen retning. Variasjonene kan ha sammenheng med varierende belegg ved enhetene.

3.5.2 Rusakuttmottakets samarbeid utad

Pasientene ved døgnenheten gis i utgangspunktet et opphold på 48 timer. De ansatte ved Rusakuttmottaket opplever at mye av den tiden benyttes til å ringe rundt og få planlagt en overføring. De ansatte har et ønske om å vie mer av tiden til pasienten enn å koble inn andre instanser. Situasjonen hadde også vært en helt annen med hensyn til kapasitet på senger og personell, dersom *"andre sykehus hadde tatt ansvar for sine pasienter"*. Samtidig påpeker informantene at det er vanskelig å gi en generell vurdering av kapasitet i forhold til behov, i og med de store svingningene med hensyn til pågang og belegg – alt fra nesten ingen pasienter, til overbelegg.

Ventetiden på et behandlingstilbud kan føre til at pasienter skrives ut til ny rus i ventetiden, og kommer tilbake til rusakuttmottaket flere ganger i perioden. Så må det gjøres en vurdering av

"å ikke trappe ned for mye, for blir de helt rene, øker faren for overdose for vi vet at en del skal ut å ruse seg igjen, for de får ingen oppfølging etter at pasienten har vært her".

Samarbeid med pasient og bydel starter mens pasienten er på rusakuttmottaket, forutsatt at pasienten er så klar at vedkommende kan ta del i samarbeidet og planleggingen. Og en del pasienter har kontakter for oppfølging på hjemstedet av NAV bl.a., så det blir viktig *"å hekte på dem igjen så fort som mulig"*. Men dette forutsetter at pasienten er i en slik tilstand at vedkommende kan samtykke i at oppfølgingsarbeidet kan settes i gang. Foruten NAV, er kommunen, fastlege, DPS og behandlingstilbud aktuelle samarbeidspartnere. Flere av pasientene som kommer til rusakuttmottaket har tilbud fra behandlingstilbud, får en sprekke i forbindelse med permisjon, og som må innom rusakuttmottaket før behandlingstilbudene vil ta dem tilbake igjen. Videre trekkes fram samarbeid med barnevern og lærere. En er pålagt å kartlegge alle pasienter med mindreårige barn med tanke på oppfølging.

På spørsmål om de samarbeider godt med bydelene, svarer de ansatte ved Rusakuttmottaket at *"vi sliter med å få tak i dem"*. Det er også begrenset rusakuttmottaket har av tid til *"å spore opp rette vedkommende"* for videre oppfølging av pasientene. Noe av det samme når det gjelder forsøket på å få kontakt med NAV. Og når en får kontakt, vurderes oppfølgingen *"litt sånn ymse"*. Her merkes man også variasjoner i om man forholder seg til folk med lite erfaring i kommune og NAV, eller personell med lang erfaring og som kjenner pasientene fra før. De som kjenner pasienten fra før, er det også enklere å få til gode prosesser sammen med. Noe av de sammen erfaringene har en gjort seg når det gjelder samarbeid med fastlegene; enkelte er enkelt å samarbeide med å nå fram til. Mens andre er lite tilgjengelige. Når det gjelder å nå fram overfor samarbeidspartnerne, har man også gode erfaringer med at en i teamet blir enige om *"hvem som skal ta den telefonen"* og at *"leger har enklere for å nå fram til leger"*.

Informantene ser det som et sentralt poeng å komme i gang med liasonvirksomhet, da en mener det er viktig å tilføre kommunale tjenester kunnskaper og ferdigheter, for eksempel i krisehåndtering. Når det gjelder veiledningsplikten overfor kommunen, ser en mer på dette når det gjelder enkeltpasienter enn på et organisatorisk og overordnet nivå.

Blant informantene ved Rusakuttmottaket vises det til at når det gjelder pasientgruppens omfattende somatiske behov, synes man det er vesentlig å ha tilgang til ulike spesialisthelsetjenester. Det er behov for å tilføre også dem kompetanse og få til gode samarbeidsstrukturer. Utveksling av pasienter med somatisk avdeling beskrives som dynamisk og uproblematisk. Pasientene får en god behandling for sine somatiske lidelser i somatisk avdeling, men det pekes på at det gjelder å avdekke rusproblemene, stille spørsmålene. Det er i forholdet til psykiatrisk døgnavdelinger at Rusakuttmottaket har hatt de største samhandlingsproblemene:

"Der har vi vesentlig større problemer med å få overført pasienter".

Når det gjelder oppfølging av de enhetene som ble flyttet til Ullevål, beskrives ikke dette som dårlig, *"men avstanden gjør noe med terskelen for å ta kontakt. Den gjensidige læringsprosessen er redusert"*.

3.5.3 Oslo kommunale legevakts samarbeid med Rusakuttmottaket

Oslo kommunale legevakt (OKL) er den samarbeidspartneren som henviser flest pasienter til RAM. Pasienter henvises fra allmennlegevakten, fra OBS-posten og fra Sosial og ambulant akuttjeneste (SAA), som er en seksjon i avdeling for psykososiale tjenester i Helseetaten. Informanter ved Oslo kommunale legevakt forteller om ulike erfaringer med å henvise pasienter til RAM. Det påpekes at det til dels henger sammen med hvem som henvender seg fra OKL og hvem som tar telefonen på RAM. Erfarne overleger har ikke problemer med å få pasienter inn ved RAM, mens underordnede leger sliter mer. Det fortelles om diskusjoner fram og tilbake, om at saken må diskuteres internt på RAM og at de så ringer tilbake. Å vente oppleves problematisk ved OKL som er en akuttinstitusjon der ting må håndteres og avsluttes raskt.

SAA har i lengre tid hatt henvisningsansvar til RAM i forbindelse med akutt avgiftning. Dette har imidlertid ikke blitt praktisert, da det har vært motstridende signaler fra RAM om hvorvidt dette kunne gjøres. En sier det slik:

"Vi mente at vi måtte kunne henvise på psykososialt grunnlag i følge henvisningskriteriene. Du trenger ikke være lege for å forstå at en person har et farlig rusinntak når familie og jobb står i fare for å ryke og alt rundt deg krakkelerer. Jeg klarte noen ganger å få folk inn fordi jeg ikke ga meg, mens andre orket ikke stå i den masingen"

I intervju fortelles at det på ledernivå i avdeling for psykososiale tjenester og i samarbeidsmøter med ledelse ved RAM, senest i 2014, er enighet om SAAs henvisningsrett. Internt i OKL, det vil si vis-a-vis allmennlegevakten, er det avklart en rutine som fordeler ansvaret, slik at SAA, etter

kriteriene, henviser til akutt avgiftning der det ikke er alvorlige medisinske tilstander, Det er enighet blant ansatte i SAA at det er blitt mye bedre etter at Rusakuttmottaket godtok at SAA kunne henvise klienter til akutt avgiftning. I praksis opplever medarbeidere imidlertid i større og mindre grad at dette ikke er avklart og at det derfor avstedkommer en del utfordringer; ulike tilbakemeldinger og også i enkelt tilfeller avvisning. En utdyper:

”Etter at vi fikk henvise til avgiftning, er alt blitt mye bedre, det sier alle. Men fortsatt kan vi møte på ubehagelige tilbakemeldinger som vi opplever at underkjenner vår kompetanse. Noen ganger oppleves det som belærende, eksempelvis som da en av SAAs medarbeidere ringte og ville henvise en 18-åring som hun hadde vurdert å ha behov for avrusning. Det ble påpekt at det ikke heter avrusning, men avgiftning, og at dette begrepet var blitt brukt i mange år – når skal dere lære...? «

Det opplyses at SAA stort sett får epikrise når de har henvist pasienter, men de savner begrunnelse når pasientene får avslag.

Fra OBS-posten på OKL henvises stort sett folk som har ligget der over natten, som har ligget til observasjon for overdose, ligget med abstinensregime, eller som har åpenbare depresjoner eller åpenbare alkoholproblemer. Noen har vært på RAM tidligere og etterspør det. En lege ved OKL sier:

”Vi har etterlyst et tilbud til blandingsmisbrukere og opiatmisbrukere, og nå har de fått en inngang. På OBS-posten er det et utvalg pasienter som er ganske lette å henvise. Som erfaren overlege finner jeg meg ikke i å vente på svaret resultatet av en intern diskusjon på RAM; jeg ringer, og da tar de pasienten inn. Jeg synes det helt greit å bruke den posisjonen på vegne av forkomne rusmisbrukere”.

3.5.4 Ruskonsulentenes perspektiv på samarbeidet med rusakuttmottaket

Ruskonsulenter ved NAV i bydelene, har varierende erfaringer med samarbeidet med Rusakuttmottaket. Det beskrives som generelt greit å få tak i de som sitter og vurderer inntaket, og en har også erfaring med at når det er behov for øyeblikkelig hjelp, så er de imøtekommende for å ta en vurderingssamtale innenfor akseptabel tid.

Ruskonsulentene peker på at det er lite man kan få til på den korte tiden pasientene er innlagt. Flere av informantene trekker fram eksempler på godt samarbeid blant annet om gravide rusmisbrukere som man opplever får plass med en gang. Ved akuttsituasjoner hvor ruskonsulentene tar kontakt, og man blir enige om behov for en akuttvurdering, så oppleves det at Rusakuttmottaket er *"rause med å ta inn folk raskt"*. Det oppleves også som positivt at en kan drøfte saker med ansatte ved Rusakuttmottaket, hvordan de vurderer at en bør jobbe videre med en pasient i bydelen *"for de har mer kunnskap om det medisinske"*. Det avholdes også samarbeidsmøter mellom Rusakuttmottaket og ruskonsulenter i Nav. En av informantene viser bl.a. til et eksempel med en pasient som var en hyppig bruker av Rusakuttmottaket; *"han bruker*

akuttilbudet mye, men de fikk aldri hjulpet han tilstrekkelig fordi han stakk av", hvor det ble anholdt samarbeidsmøter for å finne gode løsninger.

Informantene opplever at de to døgnene på rusakuttmottaket blir brukt til avrusning og vurdering og avklaring av behov for videre hjelp, og "som en test på om pasienten er motivert for videre behandling". Sånn sett oppleves rusakuttmottaket å fungere som en siling av pasienter som ønsker å gå videre, og gjør det mer behagelig for pasientene som skal til avgiftningen, *"for det er lite annet man får gjort i løpet av to døgn"*.

Blant informantene pekes det på at det varierer i hvilken grad ruskonsulentene i NAV har kontakt med Rusakuttmottaket i løpet av de 48 timene, og en har også eksempler på at ruskonsulentene ikke får vite om pasienter som er innlagt, da de blir henvist fra OKL. Andre igjen erfarer at legevakten i slike situasjoner så å si alltid informerer bydel når OKL henviser til Rusakuttmottaket.

I andre situasjoner har en erfart at Rusakuttmottaket har forsøkt å få kontakt med bydel, og at når en får kontakt med eksempelvis ruskonsulentene, så har pasienten reist hjem eller er skrevet ut. To døgn oppleves å være kort til for å få til tiltak, og *"det er jo grenser for hva vi kan få til med så kort tidsperspektiv"*. Informantene viser også til at bydelene er organisert forskjellig og det kan ta tid å finne fram, *"derfor kan pasienten være ute av Aker når Aker når fram til rette person i bydelen"*. Videre vises det til at pasientene som legges inn ofte er så slitne og så syke at man ikke når fram til dem. Ruskonsulentene erfarer at de som regel blir koblet på når pasienten legges inn på avgiftningen.

De informantene vi har snakket med har liten eller ingen erfaring med tilbud fra Rusakuttmottaket om veiledning (ut over enkeltsaker), kurs, hospitering og tilsvarende.

Flere av våre informanter viser til at mange av pasientene har tung rusbelastning og er veldig slitne. For disse forteller informantene at intervjuet eller kartleggingsprosessen ved ankomst Rusakuttmottaket oppleves som veldig omfattende, og ofte må pasienter vente før de kommer inn. En del av spørsmålene de får oppleves som vanskelige, veldig personlige og lite relevante for akuttsituasjonen. En av informantene mener

"den informasjonen kunne de vente med å innhente til pasienten har blitt bedre – for de trenger jo den ikke akkurat der og da – for hva skal de bruke den til når pasienten er så sliten og bare ønsker å hvile".

Erfaringen er at situasjonen kan oppleves som så slitsom at pasienten stikker av. Andre erfaringer med disse innleggelsessamtalene er at pasientene er nervøse for at de skal bli avvist, og at svarene de gir ikke gir en beskrivelse av hvordan de har det, men heller hva pasienten tror de bør svare for ikke å bli avvist.

Flere av informantene har erfaring med pasienter med rus- og adferdsproblematikk, *"og det er jo rus som er i fokus på Aker"*. Det trekkes fram eksempler på at *"pasienter blir avvist ved*

Rusakuttmottaket fordi de ikke vil samarbeide – egentlig saker hvor det er psykiatri som er mest aktuelt, men hvor psykiatri svarer at her er det for mye rus".

Et annet tema som går igjen i intervjuene er at det ved Rusakuttmottaket skapes urealistiske forventninger hos pasientene: *"Det er en generell utfordring for oss i sosialtjenesten – at spesialisthelsetjenesten sier bruker kan få en hjelp i bydel som bydelen ikke kan gi".* Disse forventningene kan skape konflikter mellom ruskonsulentene og pasientene når de kommer tilbake til bydel: *"Det hender jeg har fått telefon fra Aker som har mer eller mindre skjelt meg ut fordi jeg ikke kan skaffe tilbud mer eller mindre på dagen – noe som er helt urealistisk å få til".*

Informantene peker på at de er opptatt av skriftlig informasjon og av at man får tilgang til epikrisene også når det ikke er ruskonsulentene som er henvisere. Dette forutsetter imidlertid, som et utgangspunkt, at pasienten har opphevet taushetsplikten, noe som av ulike grunner ofte ikke skjer. Enten ønsker ikke pasienten at andre enn henviser skal få kjennskap til innleggelse, eller så er vedkommende ikke spurt eller er spurt på et tidspunkt hvor pasienten ikke er i stand til å skrive under.

Ruskonsulentene opplever i hovedsak at fagfolkene ved Rusakuttmottaket har god kompetanse og gir gode tilbakemeldinger på de problemstillingene de presenteres for.

En av informantene viser til at de henviser stadig færre pasienter til Rusakuttmottaket noe en mener kan forklares med at spesialisthelsetjenesten er blitt flinkere til å henvise mellom enheter internt. Men dette med flere henvisere fører til at ruskonsulentene *"kan miste oversikten over mine brukere"*. Samtidig etterlyser man mer informasjon om organisatoriske endringer internt i spesialisthelsetjenesten; *"jeg får mer jobb med å nå fram til rette vedkommende – som kan si noe om min bruker"*.

Det enkelte informanter beskriver som mest utfordrende er de ansattes kunnskap og kompetanse om hva de kan forvente av oss i første linjen, av oss som henvisere. En informant uttrykker det slik:

"Det forundrer meg at de ikke har bedre oversikt over spesialisthelsetjenesten og hva som finnes av tilbud for å gjennomføre et avgiftningsløp".

Informantene viser til eksempler på at de får beskjed om at pasienten trenger et rusfritt tilbud etter oppholdet på Rusakuttmottaket, men hvor bydelen ser at de ikke kan greie dette innenfor 48 timer;

"Så kan det oppleves at de synes det er strevsomt å få til løsninger innenfor sitt eget system fram til bydelen har noe å tilby".

Informantene etterlyser realistiske forventningsavklaringer og understreker at det kan være en mismatch mellom det Rusakuttmottaket lover pasienten og det bydelen kan greie å få til. Videre etterlyses en grunnleggende systemforståelse av hvordan rusarbeidet i NAV og på bydel foregår;

"Det er ikke alltid slik at vårt system er bygget opp for å løse problemet her og nå, noe Aker gir brukerne en opplevelse av – at nå skal alt løses".

Informantene viser til at manglende systemkunnskap og urealistiske forventninger medfører mer arbeid i bydelene – tid som kunne ha vært brukt på en bedre måte. Bedre kunnskap om hverandre og bedre informasjonsflyt hadde lettet arbeidet for alle parter og spart pasientene for mye frustrasjon.

Våre informanter etterlyser også bedre kommunikasjon de ansatte i mellom på Rusakuttmottaket. De har erfaringer med at pasienter får ulike og til dels motstridende beskjeder, noe skaper uro hos pasienten, og pasienten mister tillit til fagfolkene på Rusakuttmottaket.

3.5.5 Fastlegenes perspektiv på samarbeidet med Rusakuttmottaket

De fastlegene som har fylt ut spørreskjema har begrenset erfaring med samarbeidet med RAM. Alle kjenner RAM, men én har ikke henvist noen pasienter dit, to har henvist én pasient. Av dem har en imidlertid fått henvist flere pasienter til oppfølging etter utskriving fra RAM. Den fastlegen som har mest erfaring, har henvist 10 pasienter. De tre som har henvist til RAM, mener tilgjengeligheten er rimelig god. En forteller imidlertid at en gang hun forsøkte å henvise en pasient, sa de nei, fordi vedkommende ikke bodde i Oslo, men i Lørenskog. De begrunnet det med at de hadde sett seg lei på at Akershus ikke hadde noe eget akutttilbud og hadde etterhvert sagt nei til pasienter som er fra Akershus. Informanten som har henvist flest pasienter, mener at for pasienter med ryddig liv, fungerer det godt med skriftlig henvisning og innkalling. For dem med blandingsmisbruk og dårligere sosiale forhold oppleves det vanskeligere. Ambivalens hos pasienten krever en plass på dagen, og det kan være vanskelig.

Fastlegene opplyser at de alltid får epikriser fra RAM når de henviser, og disse beskrives som gode og fyldige med klar oversikt over videre medisinerings, avtaler og behandlingsforslag, noe fastlegene understøtter at de liker. Når andre henviser, sier fastlegene at de ikke alltid får beskjed hvis pasienten ikke henvises til dem for videre oppfølging. Når pasienter henvises til dem, forteller de at de får mange gode råd, og understreker at det er tydelig at RAM har erfaring

Fastlegene mener at dette er et godt akutttilbud til pasientene, men at 48 timer i døgnavdelingen er utilstrekkelig. En sier det slik:

"En del pasienter med tung rusproblematikk og avhengighet trenger mer oppfølging. Ofte overlates de til fastlege som skal videreføre avrusing med for eksempel tilhørende beroligende eller lignende medikamenter, det trenger en del compliance, uten at man har rom for nødvendig, tett oppfølging i en allmennpraksis. Det føles ubekvem å forskrive for eksempel sobril (mot alkoholabstinens) til en sårbar pasient".

En annen støtter dette synet og sier at opphold i døgnavdelingen er en god start, men at pasientene som regel trenger videre oppfølging derfra, og at det er frustrerende å bli overlatt ansvaret for å etablere behandling og oppfølging for disse pasientene.

3.5.6 Spesialisthelsetjenestens perspektiv på samarbeidet med rusakuttmottaket

Alle informantene ved disse institusjonene er enige om at Rusakuttmottaket gjør et godt arbeid, at de har god kompetanse og at det er et svært godt tilbud til pasientene som kommer dit. En sier:

”På RAM har man den faglige styrken, og man føler at pasientene blir ivaretatt godt når de først kommer dit”.

Rusinstitusjoner har ikke henvisningsrett, og en ansatt ved en slik sier at de må gå via NAV, fastlege eller LAR for å få pasienter inn ved RAM. Det går som regel greit å få innlagt ved RAM via NAV, men manglende henvisningsrett gjør at veien inn er kronglete for pasienten og medfører at det tar tid før vedkommende får hjelp. Ansatt ved institusjonen forteller at de ofte tar kontakt med RAM direkte og avtaler hvordan henvisning kan ordnes av en som har henvisningsrett. En påpeker at slike forsinkelser hindrer god tilgjengelighet:

”Selv om RAM gjør et godt fagarbeid, har de ikke nådd alle de høye målene. For eksempel når gjelder tilgjengelighet, så er ikke målet oppnådd, fordi man må via, via for å få pasienter inn. Det var de store ordene en gang i tiden”.

En annen kommenterer at pasienter som kommer på døra direkte, mottas ved RAM, mens samarbeidspartnere uten henvisningsrett må ringe:

”Det vil jo si at vi som samarbeidspartnere får henvisningspliktversjonen når vi ringer... det er litt dårlig gjort og fremmer ikke et godt samarbeid. Vi burde kunne at en telefon og få folk inn. Men slik er det ikke”.

Ansatt ved rusinstitusjon beskriver samarbeidet om pasienter som skrives ut, som rimelig godt. Det sies at ansatte er flinke til å ringe, men det understrekes at det er begrenset hva de kan få gjort på 48 timer. Videre fortelles at pasienter som er søkt inn til behandling i løpet av 48 timer ofte ikke vet hva de er søkt inn til. Pasientene trenger mer informasjon, og noen ganger må planene endres fordi andre behandlingstilbud vurderes som mer egnet.

En stor bekymring formidlet fra rusinstitusjoner er mangel på avrusningsplasser. Tilbudet på RAM er ikke for dem som bare trenger avrusning. Det understrekes at det savnes flere avrusningsplasser på lavere nivå:

”Man trenger et sted der man komme når man selv vil. All teori om endringsprosesser sier at motivasjonen varierer. Vi vet jo hvordan det er å få tak i NAV. Hvis du ikke får tak i dem

en dag, kan motivasjonen være borte neste dag. Folk hos oss sprekker, de trenger et døgn eller to på et sted som er mer lavterskel enn RAM”.

Fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste påpekes at RAM ikke håndterer psykiatri tilstrekkelig godt, og at pasienter fra RAM for ofte søkes innlagt i psykiatrisk avdeling. Ved psykiatrisk avdeling vurderes pasientene ofte til ikke å ha behov for innleggelse, og de blir kasteballer i systemet. En sier det slik:

”Hvis du skal være en spesialavdeling for rus, må du også håndtere psykiatri. Man må få psykiatrien mer inn i rusen, slik at man kan håndtere begge deler. Det er det som er spesialistoppgaven. En sånn type spesialisering burde håndtert både rus, psykiatri og somatikk. Hvis man setter det sammen, slipper man å krangle om hvem som skal ha ansvaret”.

For å styrke samarbeidet foreslår informantene noen flere møter der man blir kjent og kan avklare spørsmål etter hvert som de dukker opp. De tror også at gjensidig hospitering er nyttig.

På spørsmål om forbedringspotensial ved Rusakuttmottaket, peker en informant og samarbeidspartner i spesialisthelsetjenesten på at Rusakuttmottaket bør bli et rent akuttmottak, det vil si ha direkte inntak av alle ruspåvirkede pasienter, noe som inkluderer direkte inntak av pasienter med overdose. En mener det også kan være fornuftig å gjennomgå dagens system med fagteam som eget vurderingsteam, og muligens hadde Rusakuttmottaket

”vært enda mer funksjonelt dersom pasienten hadde fått direkte vurdering av lege og personalet på sengeposten”.

En av informantene fra spesialisthelsetjenesten viser til at en samarbeider med Rusakuttmottaket når de har overstadig ruspåvirkede pasienter, det vil si pasienter som trenger ekstra oppfølging på grunn av rusinntak og er i en tilstand som samarbeidspartneren ikke er i stand til å håndtere selv. En bruker også de nyopprettede observasjonssengene ved Rusakuttmottaket der en kan overføre pasienter direkte for observasjon inntil fem døgn (som et alternativ til å henvise til ny avgiftning). Informantens erfaring er at Rusakuttmottaket har den kompetanse som informanten har behov for. Samarbeidspartneren opplever at kapasiteten ved Rusakuttmottaket varierer, men at fagfolkene ved Rusakuttmottaket alltid er tilgjengelige på telefon og bruk brukes som sparringspartner i utfordrende pasientsaker.

På spørsmål om informanten opplever at tilbudet om 48 timer ved Rusakuttmottaket er tilstrekkelig, viser en informant fra spesialisthelsetjenesten til at deres pasienter har behov for tettere oppfølging og trenger et høyere omsorgsnivå enn det som tilbys innen de to døgnene. En er derfor tilfredse med at de nyopprettede observasjonssengene gir mulighet til å søke pasientene inn for inntil fem døgn. Informanten er klar på at Rusakuttmottaket bør lokaliseres i nærheten av det resterende akutttilbudet. Det oppleves som en utfordring og vanskelig å forstå for både pasienter og pårørende at en ikke får til bedre flyt mellom spesielt TSB og psykisk helse:

"Vi må jobbe for å gi både pasienter og pårørende en dør inn, uavhengig av om det er rus, psykisk helse eller somatikk".

Informanten peker på at en fordel ved nærhet til akuttpsykiatrisk seksjon i OUS er at den er lokalisert på Ullevål og dermed i kort avstand til somatisk akuttmottak.

4 Drøfting og konklusjon

4.1 Rusakuttmottaket – en vellykket etablering

4.1.1 Et godt tilbud til pasientene som mottas

Alle informantene, både ansatte og ledere ved Rusakuttmottaket (RAM) og Avdeling Rus- og avhengighetsbehandling (ARA), samarbeidspartnere, pasienter og medlemmer i Brukerrådet er enige om at etableringen av Rusakuttmottaket har vært vellykket. Ansatte og ledere ved enhetene gir overbevisende beskrivelser av et utmerket fagarbeid. De samarbeidspartnerne som mener at de kjenner Rusakuttmottakets arbeid tilstrekkelig godt, mener likeledes at det gjøres et solid arbeid i enhetene.

Ansatte ved RAM/ARA mener dette er et godt tilbud til pasientene, og pasientene som er intervjuet, beskriver også at de får et godt tilbud. Det at kun 3-5 % av pasientene avbryter behandlingen ved RAM, tyder på stor tilfredshet blant pasientene. Alle de intervjuede samarbeidspartnerne som mener seg meningsberettiget, vurderer tilbudet pasientene får ved RAM som meget godt.

Viktige aspekter ved arbeidet ved RAM som trekkes fram, er at det er et døgnåpent tilbud om vurdering/hjelp i akutte situasjoner, at det er høy kompetanse i "front" og at vurderingen er tverrfaglig samt at somatiske, psykiske og sosiale perspektiver og problemer ivaretas. Flere understreker at det er et sted å henvise akutt med mulighet for innleggelse.

Akuttrusbegrepet fremkommer gjennom evalueringen som viktig, fordi det retter oppmerksomhet mot at akutte problemer hos pasienter med rusproblemer kan ha sammenheng også med andre forhold enn rusen. Flere, både ansatte, samarbeidspartnere og brukerrådet trekker også fram oppmerksomhet mot krisesituasjoner og krisehåndtering. Etter SINTEFs vurdering er akuttrusbegrepet et viktig poeng, at oppmerksomhet rettes mot akutte rusproblemer og akutte kriser, og at pasientgruppen får et tilbud som er en selvsagt del av det akuttmedisinske tilbudet.

SINTEFs konklusjon er at etableringen av RAM har vært vellykket og at enheten gir et tilbud som manglet tidligere. Etableringen setter også fagfeltet akuttrusbehandling tydelig på dagsorden, retter oppmerksomhet mot pasientgruppen og hever trolig rusfeltets status.

4.1.2 Kompetanse

Det er bred enighet blant de ulike informantene om at RAM har god kompetanse og den rette sammensetningen av fagfolk. Mange informanter fra RAM/ARA påpeker som er problem at pasienter med rusmisbruk har betydelige somatiske helseproblemer, og at de per i dag ikke tilbys tilstrekkelig utredning av sin somatiske helse. Dette var en begrunnelse for å opprette Rusakuttmottaket og for vektleggingen av solid medisinsk kompetanse ved RAM. Ut fra pasientgruppens omfattende somatiske behov vektlegges også tilgang på spesialister innen somatikk. Noen informanter, både blant ansatte ved RAM og blant samarbeidspartnerne, synes at det medisinske perspektivet kan bli for litt for dominerende på bekostning av både det psykologiske og det sosiale.

Samarbeidspartnerne synes at ansatte har god kompetanse, og mange av dem legger vekt på at kunnskap om somatiske lidelser er viktig for denne pasientgruppen med betydelig somatisk sykkelighet. Samtidig understreker flere at psykiske helseproblemer også er utbredt og underdiagnostisert i pasientgruppen, og det argumenteres derfor for å styrke den psykiatriske kompetansen ved RAM. Dette samsvarer med at ansatte og ledere ved RAM savner noe mer kompetanse på psykiske lidelser i enheten. Flere ved RAM tar p.t. videreutdanning i psykisk helsearbeid, og den psykiatriske kompetansen vil derved styrkes. Flere samarbeidspartnere fra ulike instanser mener at rusproblemer i større grad enn i dag bør forstås i sammenheng med psykiske vansker, og at rusbehandling bør knyttes mye tettere til psykiatrisk helsetjeneste.

Ansatte sier at det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt, til dels meget godt, men at det har forbedringspotensial. Det er viktig at pasientene opplever at hele deres problemområde blir tatt opp. Ved å jobbe sammen kan også personalet utvide sin forståelsesramme og sitt handlingsrepertoar. Enkelte ansatte antyder at det medisinske perspektivet av og til kan være vel dominerende i det tverrfaglige arbeidet, og at legers mening noen ganger kan tillegges mest tyngde. Av og til kan leger ha litt vansker med å stole på andre faggruppers observasjoner og vurderinger. Tverrfaglig samarbeid er svært krevende og det er velkjent at ulike fagperspektiver og ulike yrkesroller utfordrer det, og at leger til tider kan dominere samhandlingen (Johannessen 2013). Samarbeidspartnere kan noen ganger oppleve det tverrfaglige arbeidet utfordrende; de opplever det tidkrevende å henvise når det tverrfaglige teamet skal vurdere grunnlaget for henvisning og bli enige før de ringer tilbake til henvisende instans. Flere ansatte mener også at de kan bli flinkere til å trekke pasientene inn i det tverrfaglige arbeidet. Pasientenes beskrivelse av hvordan de opplever oppholdet i enheten, kan imidlertid tyde på at medvirkning kan være vanskelig for dem de par første døgnene.

4.2 Tilgjengelighet for Rusakuttmottakets målgruppe

Målet for RAM var å etablere tilgjengelige og helhetlige tjenester til pasienter med alle former for rusrelaterte problemer, skade og lidelser som trenger akutttilbud. Tjenestene ved Rusakuttmottaket skal i henhold til mandatet for enheten være tilgjengelige, forutsigbare og omsorgsfulle. Som beskrevet over, indikerer våre resultater at de er omsorgsfulle. Når det gjelder

tilgjengeligheten ved RAM, viser resultatene at den vurderes litt ulikt fra ulike perspektiver. Tilgjengeligheten vil naturlig nok se ulik ut fra ulike perspektiver. Pasientene kan vurdere sitt behov for øyeblikkelig hjelp annerledes enn fagfolk, og henvisende fagpersoner kan være uenige med fagpersoner ved RAM. Mange pasienter og samarbeidspartnere vurderer tilgjengeligheten ut fra behov for mer lavterskel tilbud, og noen oppfatter det som en gunstig start på et avgiftningsforløp. RAMs kriterier innebærer imidlertid at pasienten skal ha behov for tverrfaglig spesialisert vurdering og eventuelt behandling, og et ønske om et par dagers ro er ikke innleggelsesgrunn. I intervjuene fremkommer det at ikke alle informantene nok er helt klar over RAMs funksjon og kanskje heller ikke enige i kriteriene for henvisning. Det er et spørsmål om hvem som har "rett" til å vurdere hva som er øyeblikkelig hjelp-behov for mennesker med rusmisbruk.

Ansatte ved Rusakuttmottaket beskriver samarbeidet med dem som henviser til dem som godt og mener de, etter å ha diskutert saken med henviser, tar imot alle pasienter som ønskes henvist. Dette beskrives litt annerledes fra samarbeidspartnerne; blant dem er erfaringene ulike og meningene delte. Instanser med henvisningsrett synes stort sett også at tilgjengeligheten er god, men at henvisningsprosessen kan være strevsom.

OKL henviser den største andelen pasienter. For pasienter med akutte sykdommer og problemer er OKL den naturlige adressen, og dette kan være forklaringen på den høye henvisningsfrekvensen. At samarbeidet mellom RAM og OKL lå i premissene for etableringen av RAM og videreutvikles hele tiden, kan også bidra til stabilt høy henvisningsfrekvens. Det er jevnlig kontakt mellom instansene, og uklarheter og uenigheter kan tas opp etter hvert. På OKL beskriver erfarne overleger at de stort sett får lagt inn pasienter greit i kraft av sin autoritet, mens underordnede leger og ansatte ved SAA synes det ofte kan være vanskeligere å henvise. De få fastlegene i studien synes også det går greit, men kan også benytte sin pondus som erfarne allmennpraktikere for å få til smidige henvisninger. Ruskonsulenter ved NAV henviser få (3 % av totalt henviste). Det antas å ha sammenheng med at NAV neppe er et naturlig kontaktpunkt i akuttsituasjoner.

Samarbeidspartnere uten henvisningsrett synes det kan være besværlig å få pasienter innlagt, og er spesielt opptatt av at prosessen forsinkes betydelig når de må gå via andre instanser for å henvise. Brukerrådet mener helt klart at pasienter bør kunne henvende seg direkte. De synes det er svært uheldig med henvisningsplikt til et akutt mottak og understreker at et akuttilbud mister litt av hensikten hvis henvendelsen skal forsinkes av henvisningsplikt. Tilbudet ved RAM skal, i følge, mandatet, tilpasses denne brukergruppens spesielle behov. Innebærer deres spesielle behov også behovet for hjelp her og nå når de mener de trenger det? Kan det være at en del pasienter med stort behov for øyeblikkelig hjelp ikke kommer, fordi de mister motivasjonen innen de kan mottas?

4.2.1 Målgruppen for RAM – nås den?

Mottaket ved RAM gjennomfører over 2000 konsultasjoner og en rekke telefonkonsultasjoner (1687 i 2014) hvert år. Ansatte beskriver en travel hverdag, i perioder er det så stor pågang at det

er behov for ekstra bemanning. Mottaket gjennomfører en omfattende vurdering av alle pasientene og en stor andel av disse legges inn i døgnavdelingen. Et spørsmål en kan stille seg er om man kunne avlaste mottak ved at noen pasienter som åpenbart trenger innleggelse, kunne utredes ved døgnavdelingen?

Statistikk for RAM viser at beleggprosenten på døgnavdelingen er lav og at den ikke viser noen økende trend; i gjennomsnitt var 8 av 13 senger belagt i 2014 (månedsvise variasjoner fra 6,5 til 9.5). Samlet sett tyder tallene på at sengekapasiteten er for stor i forhold til innmeldt behov. Økt pågang i perioder gir imidlertid, i følge de ansatte, overbelegg og stor arbeidsbelastning. Den lave beleggprosenten bør diskuteres. Enheten har vært i drift i over 4 år, og samarbeidspartnerne vurderer tilbudet som pasientene får, som godt. Man kunne tenke seg at pågangen ville øke etter som tilbudet blir bedre kjent og flere høster gode erfaringer med å henvise dit. Kan den lave beleggprosenten tyde på at for få pasienter innlegges? Flere informanter, både innen RAM/ARA og samarbeidspartnere, er bekymret for at en gruppe pasienter med behov for akutt vurdering/innleggelse ikke kommer til RAM. Et spørsmål er også, hvis økningen i telefonkonsultasjoner er reell, om kombinasjonen av en stabil henvisningsfrekvens og økt antall telefonkonsultasjoner, kan bety at for mange pasienter avvises?

Kanskje RAM derimot ikke bør ta imot flere pasienter og at kapasiteten på døgnavdelingen til og med er for høy? RAM er et spesialisert akuttilbud, og målgruppen er pasienter med behov for spesialisert tverrfaglig vurdering og behandling i en akutt situasjon. Det kan være at et øyeblikkelig hjelp-tilbud ikke bør være så stort og at det ikke er hensiktsmessig å motta flere pasienter ved RAM enn det gjøres i dag, fordi et elektivt forløp er langt mer hensiktsmessig for pasientene, og at flest mulig slike bør tilstrebes. Da er spørsmålet hvordan man kan nå brukerne før det blir krise, slik at øyeblikkelig hjelp-behovet ikke blir så stort

Alle informantene fremhever den høye kompetanse som et hovedpoeng ved RAM. Samtidig påpeker enkelte at kompetansen også kan bli for høy og at tilbudet derved kan bli for eksklusivt. Med høykompetente fagpersoner og høy bemanningsfaktor kan RAM sees som et eksklusivt tilbud for de aller sykeste. Et problem kan være at de nest sykeste, som også har behov for et godt akuttilbud, ikke kommer inn. Det kan også være et spørsmål om pasienter med rusproblemer og samtidig psykiske vansker nås i tilstrekkelig grad? Det påpekes av flere informanter at tilbudet om tverrfaglig spesialisert rusbehandling også må omfatte pasientene med psykiske lidelser. Problemene RAM beskriver med henvisning til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, viser uavklarte faglige ansvarsgrenser mellom TSB og psykiatri. Samtidig som samarbeidspartnerne mener RAMs kompetanse i psykiatri bør styrkes, er de enige i at terskelen for å få pasienter innlagt i psykiatrisk akuttavdeling er alt for høy.

Gjennomsnittlig liggedøgn holder seg på det som ble lagt til grunn for planlegging av Rusakuttmottaket (to døgn), selv om ansatte forteller at pasienter får ligge lenger dersom det er behov for dette. Med utgangspunkt i resultatene av evalueringen mener vi at en maksimal liggetid på to døgn er hensiktsmessig, under forutsetning av at dette praktiseres fleksibelt, noe som gjøres

ved RAM. Trolig er det en fordel at en slik maksimalgrense finnes, for da må lenger liggetid vurderes og begrunnes særskilt i hvert enkelt tilfell.

4.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning ligger som et premiss for dagens helse- og velferdstjenester, og er også sterkt vektlagt i Rusakuttmottaket. Ansatte ved RAM er opptatt av brukermedvirkning, men opplever det til tider vanskelig, spesielt for pasienter som ligger inne kort tid. Flere påpeker at de har et forbedringspotensial på feltet. Brukerrådet utdyper viktigheten av brukermedvirkning og peker samtidig på at det kan være vanskelig for pasientene å medvirke under det korte oppholdet ved RAM, siden de ofte er nokså medtatte. Kelly (2012) refererer til en rekke studier som viser at selvbestemmelse er et viktig element i behandlingen av rusproblemer, og at den må basere seg på likeverd mellom hjelper og den som hjelpes. Aarre påpeker imidlertid at maktubalansen mellom bruker og hjelper kan gjøre samarbeidet med brukeren komplisert (Aarre 2011). Brukerne kan oppleve avmakt i situasjonen og kan ha vanskeligheter med å komme fram med sine synspunkter, og dette kan forsterkes ved at de er i dårlig form. I følge Aarre kan fagfolk bli tillagt kunnskap og innsikt det kan være vanskelig å leve opp til, og de kan derved få et ansvar som går ut over den faktiske kompetansen. Hjelperen bør i følge Aarre tilstrebe og utjevne maktubalansen og verdsette brukerens kunnskap om seg selv som likeverdig med fagkunnskapen. Brukerrådet påpeker at de sitter inne med betydelig erfaring på feltet og kan bidra med kompetanse til Rusakuttmottaket. Det pekes på at også pårørende bør trekkes mer inn i arbeidet ved RAM.

Informantene i vår studie, både fagpersoner og Brukerrådet, snakker mye om motivasjon. Det poengteres at dette er "ferskvare" og at det er viktig at pasienten får et tilbud mens motivasjonen er til stede. Det er ikke nødvendigvis tilstrekkelig, motivasjonen skal også holdes oppe videre i forløpet. Fadnes og kolleger understreker at fagfolkene ikke kan gi noen motivasjon, men at de må anstrenge seg for å finne pasientens prosjekt (Fadnes 2010). Man kan ikke motivere andre, bare hjelpe dem til å finne fram til egen motivasjon. Dette krever hjelperens innlevelse, hvilket er spesielt krevende for RAM, der pasientene er kun polikliniske eller innlagt kort tid. Imidlertid kan den, ofte krisepregede, akuttsituasjonen pasientene er i, utgjøre et "*gyllent øyeblikk*" for endring

Brukerrådet nevner Individuell Plan (IP) som er verktøy både for samarbeid og for brukermedvirkning. Det brukes ved RAM og oppleves nyttig i noen situasjoner, men er ikke alltid anvendbart. Gunnar Vold Hansen (2007) påpeker at implementering av IP møter særlige utfordringer på dette feltet, siden det er preget av ulike faglige tilnærminger og tjenestemottakere med komplekse og raskt skiftende behov.

4.4 Rusakuttmottakets tilbud som del av et helhetlig tilbud

Målet er, i følge mandatet, at Rusakuttens deltjenester i størst mulig grad skal være en integrert del av det øvrige tjenesteapparatet innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunen. Rusakutt er en del av spesialisthelsetjenesten. Opphold ved Rusakuttmottaket utgjør en liten del av pasientens liv, og et godt videre forløp betinger at andre deler av behandlingsforløpet er på plass.

Både ansatte ved Rusakuttmottaket og samarbeidspartnere er enige om at det er en utfordring å utarbeide helhetlige tilbud til de pasientene som er målgruppen for Rusakuttmottaket, mens de er der. Både mottaksenheten og døgnenheten jobber bevisst med det. Mange pasienter, spesielt de som har både psykiske vansker og rusmiddelproblemer, har som regel etablert et behandlings/oppfølgingsnettverk, og ved mottaksenheten er de opptatt av å reetablere pasientenes nettverk etter konsultasjonen på mottak. For dem som ikke har etablert kontaktperson(er), jobbes det med å kontakte relevante personer i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten, og det kan ofte være vanskelig å få det i "den rette".

Rusakuttmottaket er et akutttilbud, og det er grense for hvor mye som lar seg "ordne" på 48 timer. Ansatte ved RAM skal ikke følge opp pasienter etter utskrivelsen (med unntak av noen som kommer til oppfølgingssamtaler ved mottak), så poenget for dem er nettopp å reetablere pasientens eksisterende nettverk, eventuelt etablere nettverk der slik ikke finnes. Den omfattende kunnskapen om relasjonens betydning i behandlingssammenheng underbygger at dette er et viktig aspekt ved Rusakuttmottakets arbeid. Det er viktig å finne "den rette" kontaktperson i utgangspunktet, slik at pasienten ikke blir kasteball i systemet, men gis reell mulighet for å bygge denne viktige relasjonen til hjelperen.

OKL er den instans som henviser flest pasienter til RAM (29 % av henviste i 2014). Siden legevakten selv er en akuttjeneste, og ingen pasienter skal henvises tilbake til OKL, har de ingen stor plass i pasientenes videre forløp – i det integrerte helsetjenestetilbud.

Spesialisthelsetjenesten henviser også mange pasienter (23 % av henvisningene i 2014). Det fremgår imidlertid ikke tydelig av statistikken hvor mange som skrives ut til spesialisthelsetjenesten, men det dreier seg (med unntak av avgiftningsenhetene) ikke om særlig mange. I de tilfellene dette skjer, bør man anta at kontinuiteten i det videre forløpet ivaretas godt, uten at våre resultater kan fortelle noe om det. RAM angir det greit å få pasienter innlagt i somatisk spesialisthelsetjeneste. Problemene angis å være større når det gjelder psykiatriske akuttavdelinger, der mange ved RAM mener at pasienter i for stor grad avvises ved sengeavdeling og ved DPS. Representanter for psykiatrisk spesialisthelsetjeneste mener tilsvarende at det ikke er indikasjon for å motta disse pasientene i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste når de er i tverrfaglig, spesialisert rusbehandling. Det argumenteres for at RAM bør tilegne seg større kompetanse i psykiatri og kompetanse til å håndtere flere av disse pasientene selv. Denne uenigheten kan åpenbart komplisere pasientforløpene. Det ser ut til at disse samarbeidsvanskene handler om faglig uenighet om ansvarsområder, noe som burde være løsbart.

I Oslo er ruspoliklinikkene regioninndelt, slik at fem poliklinikker har ansvar for tre bydeler hver. Det gir muligheter for å utvikle lokale samarbeidsrutiner mellom poliklinikk og bydel. I tillegg finnes tre ruspoliklinikker innen ARA. Det fremgår ikke av RAMs statistikk hvor mange pasienter som utskrives til ruspoliklinikk; men det kan, ut fra statistikken, umulig være noen stor andel. Kanskje bør ruspoliklinikkene trekkes mer inn i behandlingen av disse pasientene?

Fastlegene henviste 8 % av pasientene i 2014. Etter vår oppfatning er det påfallende at andelen henviste fra fastleger ikke er høyere og at tendensen ikke er økende, etter som tilbudet blir bedre kjent og flere får erfaringer med å henvise. Fastlegeordningen innebærer at fastlegene stort sett burde være disse pasientenes kontaktperson i kommunen, og at de sannsynligvis får beskjed når pasienter innlegges RAM fra annen instans. Fastlegenes sentrale posisjon i kommunehelsetjenesten burde også tilsi at de er viktige samarbeidspartnere for både ruskonsulentene ved NAV og for spesialisthelsetjenesten.

Til tross for at fastleger og NAV til sammen henviser kun 11 % av pasientene til RAM, er kommunen den viktigste aktøren i et helhetlig tjenestetilbud for denne gruppen, fordi folk lever livet sitt i kommunen. Selv om oppholdet ved RAM er kort, må RAM ha med det langsiktige perspektivet: behovet for bolig, fellesskap med meningsfulle aktiviteter og arbeid. Her er både ruskonsulenter og fastleger sentrale. Begge grupper oppgis imidlertid å være vanskelig å få tak i.

Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne peker på at kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike faglige tradisjoner, virkemidler og kompetanse, og at de sammen kan tilby et bredt spekter av tjenester og tilnæringsmåter. En forutsetning for å få optimalt utbytte av dette samarbeidet, er at kunnskapen de to nivåene besitter, oppfattes som likeverdig, og at partene er innstilt på å lære av hverandre. En betingelse for at RAM skal lykkes i sitt samarbeid med kommunen, er videre at det finnes tilstrekkelig oppmerksomhet mot og midler til rusarbeid i kommunen. Kommunene pålegges mange nye oppgaver uten medfølgende finansiering, og få kommuner har tilstrekkelig midler til å hjelpe brukerne når de skal jobbe med seg selv, trene og leve livet uten misbruk av rusmidler. Kommunen mangler stort sett også kompetanse når de står overfor brukerne med de største vanskene. Det innebærer at spesialistene må veilede, helst ved å komme ut i kommunen, der pasientene lever sitt liv, og samarbeide med de kommunalt ansatte. Spesialistene må bli med ut i feltet, for eksempel i hjemmebesøk som ledd i oppfølging i bolig. Det kan ligge betydelig læring for kommunalt ansatte i å observere erfarne spesialister i arbeid, og det kan gi betydelig læring for ansatte i spesialisthelsetjenesten å se hvordan det jobbes i kommunen: hvordan folk er flinke til å improvisere, benytte de mulighetene som gis seg og hjelpe seg med de begrensede ressursene de har. Hvem som skal ha dette veiledningsansvaret overfor kommunen, kan denne studien ikke gi noe svar på. Logisk sett bør det vel være instanser som har medansvar for behandlingen og oppfølgingen av den aktuelle pasienten?

Statistikk for RAM for 2014 viser at "gjengangerne" (her definert som henvist 3-4 ganger i løpet av et år) utgjør 11 % av pasientene og 26 % av innleggelsene (vi har ikke mottatt tall for antallet pasienter med to innleggelse pr år). Selv om disse pasientene utgjør kun 11 % av totalt antall pasienter, forteller de ansatte ved RAM at dette er en pasientgruppe som er relativt ressurskrevende. "Gjengangerne" antas å ikke ha et samlet og helhetlig oppfølgingstilbud og tilhører trolig pasientgruppen der dette er spesielt krevende. Ut over å jobbe for å reetablere pasientenes nettverk, er det begrenset hva RAM alene kan gjøre for å få til et "samlet og helhetlig tilbud" for denne pasientgruppen. Forbedringspotensialet ligger trolig i samarbeidet mellom RAM, kommunen og spesialisthelsetjenesten – døgnavdeling, ruspoliklinikk og/eller DPS.

Ansatte ved Rusakuttmottaket mener liggetid på 48 timer ved døgnavdelingen er tilstrekkelig. De fleste er enige i dette, under forutsetning at pasientene får komme direkte videre til avgiftning eller behandling hvis de har behov for det. Noen mener at mange pasienter uansett kan ha behov for lengre tid i døgnavdelingen, og at det bør utvises fleksibilitet, noe som helt klart gjøres i praksis. Ut fra våre resultater er det ikke grunn til å hevde at lenger liggetid i RAM ville bedre pasientens helhetlige forløp.

Etter SINTEFs vurdering fungerer RAM godt som en integrert del av det øvrige tjenesteapparatet, gitt de rammebetingelser de jobber innenfor. Bedre integrerte tjenester kan åpenbart oppnås ved bedret samarbeid, både RAMs samarbeid med andre instanser innen spesialisthelsetjenesten og med kommunen, og også bedret samarbeid mellom øvrige instanser i spesialisthelsetjenesten og deres samarbeid med kommunen. Samtidighet i behandlingen er gunstig for de dårligste pasientene, slik at de har et forhold til både det kommunale nivået og spesialisthelsetjenesten og kan få hjelp fra adekvat nivå etter behov. Spesialisthelsetjenestens definisjonsmakt er et poeng i denne sammenheng, og det er viktig at spesialisthelsetjenesten og kommunen er enige om når en pasient er "utskrivningsklar". Fagfolk på ulike forvaltningsnivåer må respektere og lytte til hverandre, og spesialisthelsetjenesten må kunne ta inn de brukerne kommunen ikke har kompetanse til å hjelpe.

I planer for etablering av Rusakuttmottaket står veiledning av kommunen som en oppgave. Foreløpig gjennomføres dette kun pr telefon i forbindelse med henvisning. Etter SINTEFs vurdering kan dette være en oppgave for RAM, men kanskje heller for poliklinikkene, som har ansvar for oppfølging av noen pasienter etter utskrivning fra RAM/andre døgnavdelinger. Vi mener at RAMs utadrettede virksomhet kanskje heller bør dreie seg om ambulant vurdering av pasienters øyeblikkelig hjelp-behov.

Mange informanter påpeker at det å møtes og kjenne hverandres ansikter gjør samarbeidet lettere. Kanskje flere møteplasser vil være hensiktsmessig? Samtidig er møter svært ressurskrevende, så en bør balansere nytte mot ressursbruk nøye før nye møteplasser etableres.

Mer gjennomført brukermedvirkning kunne tenkes å bedre pasientforløpene. I veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne trekkes fram erfaringene fra andre og sammenlignbare land som viser at det er betydelig gevinst i å inkludere brukere og pårørende mer i utforming av tjenestene. De anbefaler utprøving av brukersentrerte og -styrte tjenester også i Norge. Kanskje det er et argument for at pasienter kan henvende seg direkte til RAM?

Hvis man oppnår at flere pasienter søkes elektivt inn til avgiftning og videre behandling og at RAM treffer enda bedre sin målgruppe, vil behovet for og utfordringer knyttet til samarbeid trolig bli enda større. Pasientgruppen ville da i enda større grad være mennesker i krise, med store og sammensatte vansker – og med det største behovet for høykompetent, tverrfaglig akutt hjelp.

4.5 Organisatoriske forhold ved Rusakuttmottaket

Organiseringen med akuttmottak med et stasjonært tverrfaglig team for vurdering tett knyttet til døgnavdeling med korttidsplasser vurderes av alle informantene som ideelt. Det er planer om å flytte RAM og samlokalisere det med Avgiftningsavdelingene. Noen informanter har ingen tydelig mening om dette, enkelte mener det er uheldig, bl. a. fordi døgnavdelingen da vil få trangere pasientrom, men de fleste mener at en slik organisering vil være hensiktsmessig. Man kan anta at faggruppen kan styrkes, at fagutvikling gis bedre vilkår og at samarbeidet blir bedre. Mer fleksibel bruk av personelt kan tenkes å avhjelpe døgnavdelingens behov for økt bemanning i travle perioder? Samlokalisering av Rusakuttmottaket med avgiftningsenhetene ser, etter SINTEFs vurdering, ut til å være hensiktsmessig med hensyn til samarbeid og fagutvikling.

Ut fra erkjennelsen av at personer med rusproblem trenger et akutttilbud på linje med pasienter med andre akutte sykdommer og lidelser, ble Rusakuttmottaket planlagt og etablert som en del et felles akuttmottak for pasienter med medisinske -, psykiske - og rusproblemer. Det innebar en høykompetent, tverrfaglig vurdering i frontlinjen. Videre innebar det gode betingelser for godt samarbeid og gjensidig læring mellom de tre avdelingene både om pasienter ved Rusakuttmottaket og også om pasienter ved medisinsk og psykiatrisk avdeling. Nedleggelse av medisinsk og psykiatrisk avdeling ved Aker har komplisert dette samarbeidet. Det beskrives fortsatt godt samarbeid med Ullevål, men avstanden angis å begrense samarbeidet. Etter SINTEFs vurdering ville en flytting av Rusakuttmottaket til Ullevål, nærmere medisinsk og psykiatrisk avdeling, kunne ha betydning for utvikling av rusakutttilbudet i Oslo; for pasienter ved Rusakuttmottaket, men kanskje først og fremst for pasienter ved medisinsk og psykiatrisk avdeling på Ullevål. Videre vil det være viktig for utvikling av fagfeltet spesialisert tverrfaglig rusbehandling, som trenger at kunnskap og kompetanse fra alle de tre fagfeltene integreres. Det ville også kunne bedre samarbeidet med Akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål.

Vår studie viser at Rusakuttmottaket har vært preget av mange indre og ytre endringer og omorganiseringer som har forstyrret arbeidsroen. Det er nå planer om samlokalisering med avgiftningsenhetene, mens mulig flytting til Ullevål ligger langt fram i tid. Motstand mot endring er en rasjonell reaksjon fra enkeltindivider og grupper (Kaufmann og Kaufmann 2003). Det er imidlertid lite uttrykt motstand mot samlokalisering og ingen mot flytting til Ullevål, men studien vår viser at endringer tar oppmerksomheten vekk fra Rusakuttmottakets primær oppgaver. Etter SINTEFs vurdering vil det være sentralt i det videre utviklingsarbeidet at organisasjonen tar høyde for de mekanismene som preger endringsprosesser og bør håndteres ved å skape en kultur for åpenhet og involvering.

4.6 Er Oslomodellen overførbart til andre steder i landet?

Slik SINTEF oppfatter det, er sentrale aspekter ved det som omtales som Oslomodellen at det er en egen enhet som har rusakuttansvar: et døgnåpent rusakuttmottak i spesialisthelsetjenesten bestående av en stasjonær vurderingsenhet knyttet til en sengeavdeling. Enheten har en tverrfaglig bemanning og arbeidsform. Enheten er etablert for å yte tilgjengelige og helhetlige

tjenester til pasienter med alle former for rusrelaterte problemer, skade og lidelser som trenger akuttilbud. Etter SINTEFs vurdering oppfylder RAM denne funksjonen.

Vurdert ut fra resultatene av denne studien, særlig basert på intervjuer med ansatte og samarbeidspartnere, mener SINTEF at noen sentrale krav må være oppfylt for å kunne gi *”tilgjengelige og helhetlige tjenester til pasienter med alle former for rusrelaterte problemer, skade og lidelser som trenger akuttilbud”* – for at en enhet skal kunne kalles en Osломodell. Først og fremst må det være et døgnåpent tilbud. Enheten må være bemannet med et stasjonært fagteam med tilstrekkelig kompetanse til en tverrfaglig vurdering: lege, sosionom, sykepleier, evt. psykolog. Vår studie tyder på at man bør legge vekt på tilstrekkelig psykiatrikompetanse. Videre må det finnes noen senger som kan benyttes ved behov for kortere døgninnleggelse. Disse må ligge i akseptabel nærhet, men ikke nødvendigvis være samlokalisert med det stasjonære vurderingsteamet. Det må være tilgang til en god medisinsk og psykologisk/psykiatrisk utredning i forbindelse med innleggelse. Sengeavdelingen må være bemannet med minimum lege og sykepleier som sikrer god abstinensbehandling.

På mindre steder bør det tverrfaglig teamets funksjon kunne etableres innen en eksisterende instans, for eksempel ruspoliklinikk, avrusningsavdelinger, DPS, sykehusavdeling osv. Hvis det legges til en poliklinikk, vil man ha muligheten for innleggelse på andre behandlingssteder. Det er uansett viktig at poliklinikkene involveres, slik at pasientene eventuelt kan følges opp etter utskrivning, enten de innlegges eller ikke. Å etablere et slikt tilbud ved en ruspoliklinikk eller et DPS ville kanskje kreve en noe mer fleksibel måte å jobbe på enn dagens rammer tillater?

Samarbeidet med henvisende instanser og instanser som følger opp pasientene etter utskrivning må vektlegges. Til tross for at Rusakuttmottaket på Aker er byomfattende, ser det ut til at tilbudet har tilstrekkelig kapasitet. Hvis man ved etablering andre steder lager tilsvarende inntakskriterer, innebærer det at kapasiteten ved en slik enhet, trolig ikke behøver å være så stor. Imidlertid hevder flere informanter i denne studien at terskelen for å mottas ved RAM er for høy. Ved etablering andre steder, bør det vurderes om kriteriene skal beholdes uendret eller gjøres noe videre.

5 Referanser

Adams, M.W. (2008) Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15 (2): 101-8.

Aarre T. Fem prinsipper for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2011; 8 (2): 164-170
Becker, D. R., Drake, R. E. and Naughton W. J. Jr. (2005) Supported employment for people with co-occurring disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (4), 332-8.

Fadnes B, Leira K, Brodal P. *Læringsnøkkelen. Om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring.* Oslo: Universitetsforlaget, 2010.

Hansen GV: Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktorsavhandling. *Karlstad University Studies* 2007:15.

Helsedirektoratet (2008). Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. IS Rapport -1505

Helsedirektoratet (2012). Prioriteringsveileder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TBS). Utarbeidet i samarbeid med Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Veileder, IS Rapport-2043.

Helsedirektoratet (2012) Opptappingsplanen for rusfeltet Resultat og virkemidler. IS Rapport-1999.

Helsedirektoratet (2012). Rus- og psykiske lidelser. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. IS Rapport-1948.

Hesedirektoratet (2014). Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Sammen om mestring. Veileder IS-nummer-2076. Utgitt 01.03.2014.

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).

Jacobsen, D.I og Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*, Fagbokforlaget.

Johannessen, A-K, Steihaug S. (2013). The significance of professional roles in collaboration on patients' transition from hospital to home via an intermediate unit. *Scand J Caring Sci.* 2014 Jun; 28(2):364-72. doi: 10.1111/scs.12066. Epub 2013 Jul 24.

Kaufmann, G og Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*, Fagbokforlaget.

Kelly, T.M., Daley, D.C. and Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behaviour*, 37 (1), 11-24.

Lie T, Nesvåg S. Evaluering av rusreformen. Rapport IRIS – 2006/227.

Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget 2011.

Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 2012; 40: 795-805.

PasOpp-rapport "Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert behandling for Rusmiddelmisbruk". Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013. PasOpp-rapport Nr 7 2013.

Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-nettverk rus. Hva er god akuttbehandling i TBS?, 1. juni 2010.

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

Sosialdepartementet (2002). Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005

Steihaug S, Werner A, Husum TL. Work and activity in rehabilitation of persons with co-occurring severe mental health difficulties and substance abuse problems. *Health*; June 2013. Vol.5, No.6A2, 78-86 (2013) *Health* doi:10.4236/health.2013.56A2012

Steihaug S, Hjort H, Husum TL. Evaluering av "Mestringsveier til arbeid – psykisk helse og rus". Sluttrapport. SINTEFrapport A22675, mai 2012.

Todd, F.C., Sellmann, J.D. and Robertson, P.J. (2002) Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 36 (6): 792-9.

Ådnanes M, Steihaug S. Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways - an explorative study. *Int J Integr Care*. 2013 Aug 29;13:e031



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no