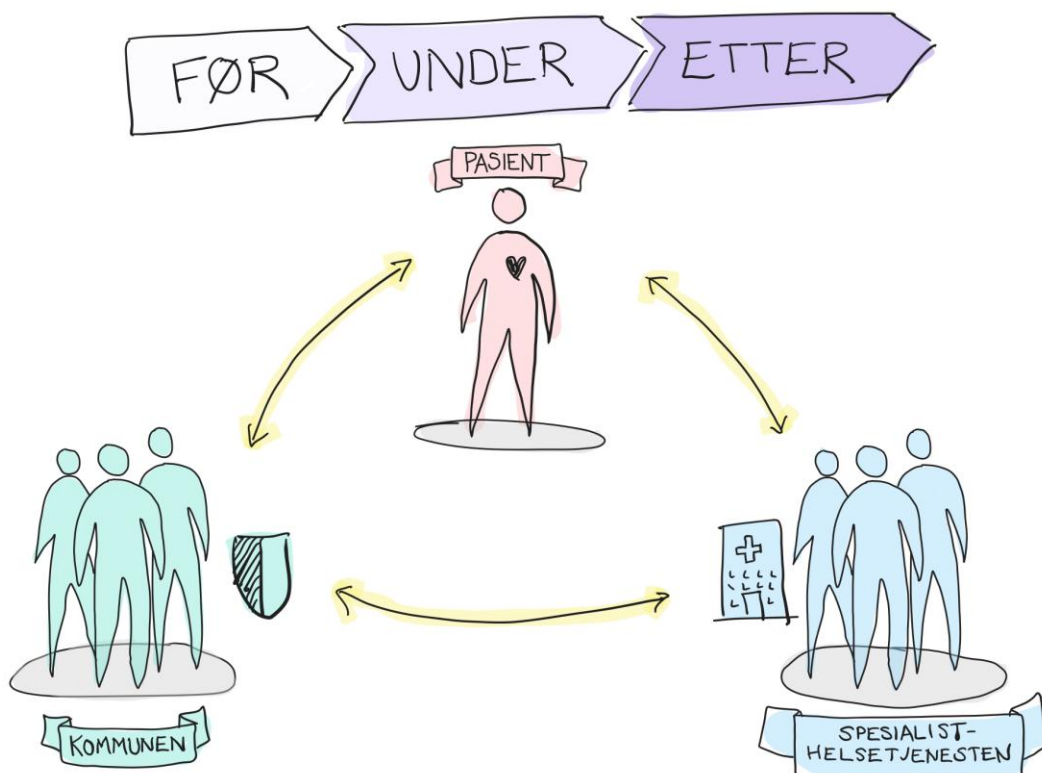


Rapport fra nasjonal arbeidsgruppe

Integrert ettervern



April 2025

Innhold

Innledning.....	3
Integrert ettervern.....	4
Arbeidsgruppens forståelse av begrepet	4
Viktige forhold for å sikre et godt integrert ettervern	5
Målgrupper	6
Mulige tiltak/tilbud	6
Samarbeid og koordinering	8
Gjensidig veiledningsplikt.....	8
Samarbeid med pasientens pårørende	9
Ansvarsgruppe og integrert ettervernsgruppe	10
Koordineringsansvar innen spesialisthelsetjenesten	10
Forventninger til samarbeid i forkant av innleggelser	12
Sekvensiell behandling for pasienter med langvarige behandlingsbehov	12
Brukerstyrte døgnplasser	12
Oppsummering av de viktigste tilrådingene til arbeidsgruppen	14
Vedlegg 10 prinsipper for samarbeid basert på prinsippene utarbeidet i den nasjonale gjennomgangen i 2024 av rusbehandlingstilbudet til barn og unge.....	16

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet oversendte med bakgrunn i Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024), følgende tilleggsoppdrag til oppdragsdokument 2024 til de regionale helseforetakene:

*«De regionale helseforetakene skal innen rusfeltet utvikle en **tjeneste med integrert ettervern** som inkluderer **brukerstyrte plasser**, i **samarbeid med kommunene**. God samhandling er nødvendig både for å legge til rette for det som skal skje under tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og for det som skal skje etter utskrivning fra døgnbehandling. Pasientene i TSB er på ulike stadier før behandlingsstart, og **helseforetakene og kommunene må etablere kontakt tidlig i forløpet**. Helseforetakene må også koordinere videre forløp etter utskrivning fra døgnbehandling. Det skal etableres brukerstyrte døgnplasser i helseforetakene, som gjør det enklere å oppsøke slike tilbud – uavhengig av hvor døgnbehandlingen er gjennomført. Det er viktig å sikre bruker- og pårørende-medvirkning i utviklingen av tilbudet. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF.»*

Helse Sør-Øst RHF etablerte en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å lage et forslag til løsning på oppdraget. Helse Sør-Øst RHF søkte videre InnoMed om prosessveiledning og fikk innvilget 50 timer.

Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

- Frode Bie, Helse Sør-Øst RHF (leder)
- Brita Næss, Helse Vest RHF
- Elise Solheim, Helse Midt-Norge RHF
- Frank Ivar Nohr, Helse Nord RHF
- Fredrik Nilsson, (RIO) En landsdekkende brukerorganisasjon på rusfeltet
- Christine Lønne, ProLar Nett
- Trude Lønning, Sandnes kommune
- Kari Anne Fauchald, Oslo kommune
- Stig Løchen Dragseth, St Olavs hospital, klinikk for rus og avhengighetsmedisin
- Håvard Wester Breisten, Helse Fonna HF
- Torkel Bekkevold Hansen, Oslo universitetssykehus HF
- Åse Prestvik, Blå Kors klinikk Lade
- Hilde Bru-Aarstad, Crux Verksgata
- Malén Borge Jensen, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Arbeidsgruppa har avholdt åtte møter på Teams hvor det har blitt diskutert problemstillinger som har vært skriftliggjort i forkant av møtene, i form av et utkast til sluttrapport. Lavrans Løvlie og Oda Heier fra InnoMed har deltatt på fire av møtene og presentert sine forslag til visuelle kart over hvordan tjenestene henger sammen for brukerne, og hvilke krav dette setter til samhandling.

Integrert ettervern

Arbeidsgruppens forståelse av begrepet

Begrepet integrert ettervern har tradisjonelt vært brukt av brukerorganisasjonene, uten at det har blitt entydig definert hvilke elementer som inngår i begrepet. Arbeidsgruppen valgte derfor innledningsvis å definere begrepet integrert ettervern og avklare hvilke pasientgrupper som utgjør målgruppen.

Det fremgår følgende av St. Meld. 5 (2024–2025) s. 129:

«Et moderne forløp med integrert ettervern vil omfatte vurdering, samhandling, organisering og koordinering av tjenester som ytes mens vedkommende pasient mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten – altså både forberedelser før, og oppfølging under og etter en eventuell døgnbehandling. Det sentrale er samhandling og at helseforetakene tar et koordineringsansvar gjennom hele forløpet så lenge pasienten mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av om behandlingen gis av helseforetakene eller hos private tjenesteleverandører. Hensikten er å sikre god behandling på riktig nivå. I de fleste tilfeller vil det være naturlig at koordineringsansvaret blir lagt til TSB poliklinikken i helseforetaket. Det er pasientens behov som skal definere omsorgsnivå og behandlingsintensitet. For de fleste pasientene vil kontakten med TSB omhandle mange andre tjenester enn døgnbehandling. God samhandling og samarbeid med kommunene er helt sentralt.»

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet omhandler spesialisthelsetjenestens ansvar for å tilrettelegge for gode forløp for pasienter som har behov for integrert ettervern etter døgnbehandling. Arbeidsgruppas sammensetning og oppdragets innretning tilsa at vekten i dette arbeidet ble lagt på å utarbeide forslag til spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver knyttet til integrert ettervern. Det brukes av samme årsak begrepet pasient istedenfor bruker.

Arbeidsgruppa legger videre til grunn at integrert ettervern omfatter oppfølging/tilbud fra helseforetak/sykehus, avtaleparter, kommuner og NAV før, under og etter døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppa vurderer at dette arbeidet vil være et godt utgangspunkt for drøftinger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene som del av Helsefelleskapene.

Frivillige og ideelle organisasjoner og bruker- og pårørendeorganisasjoners tilbud om aktiviteter, selvhjelpsgrupper, arbeidstilbud, lavterskeltjenester, oppfølgingstjenester, har for mange stor betydning. Hvordan tjenestene kan involvere frivillige/ideelle organisasjoner og bruker- og pårørendeorganisasjoner både under og etter opphold i døgninstitusjon bør derfor inngå som en del av integrert ettervern.

Helsedirektoratet utgir nasjonale normerende produkter som skal understøtte målene for helse- og omsorgstjenesten og beskrive god faglig praksis i tjenestene. Flere av disse produktene inneholder anbefalinger om oppfølging, tiltak og samhandling etter døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonalt pasientforløp for

rusbehandling (TSB) har et eget kapittel om avslutning og videre oppfølging, hvor sentrale momenter for vurdering av tiltak og samhandling er normert.

Denne rapporten har som mål å foreslå tiltak som fører til at tjenestene etablerer gode behandlingstiltak og samhandlingsrelasjoner for å sikre et godt integrert ettervern. Forslagene som presenteres vurderes å være i tråd med og utfyllende til eksisterende normerende produkter, slik at de samlet sett bidrar til en helhetlig oppfølging av pasienter etter døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Viktige forhold for å sikre et godt integrert ettervern

Arbeidsgruppas oppfatning er at det gjøres mye godt arbeid i spesialisthelsetjenesten, kommunene og i NAV for å sikre integrert ettervern knyttet til døgninnleggelser i TSB. Likevel vet vi at det svikter i noen forløp. Dagny Adriaenssen Johannessen presenterte for arbeidsgruppa sin forskning om pasienter sine forventninger til overgangsfasen etter døgninnleggelse. Hun pekte på utfordringer med å få dekket basale behov som bolig og økonomisk trygghet. Det er videre viktig med sosial støtte herunder stabilitet i relasjoner til hjelpere som kjenner pasienten over tid samt tilhørighet til fellesskap som øker opplevelse av mening og forebygger ensomhet (Johannessen m.fl. 2020).

Evidensbasert praksis som bidrar til et mer effektivt og bærekraftig integrert ettervern:

1. *Tidlig planlegging:* Start planleggingen av oppfølging etter utskrivelse tidlig ved døgninnleggelser. Dette gir tid til å identifisere og adressere potensielle utfordringer.
2. *Individuell tilpasning:* Utvikle en plan for tida etter utskrivelse som er skreddersydd til den enkeltes behov og situasjon. Dette inkluderer å ta hensyn til medisinske, sosiale og økonomiske faktorer.
3. *Tverrfaglig samarbeid:* Sikre god kommunikasjon og samarbeid mellom ulike behandlingsinstanser, kommunale tjenester og eventuelt andre bidragsytere.
4. *Pasientinvolvering:* Involver pasienten aktivt i planleggingsprosessen. Dette bidrar til å øke pasientens eierskap og engasjement i egen behandling og overgang.
5. *Kontinuerlig støtte:* Tilby langvarig støtte og oppfølging etter utskrivelse for å redusere risikoen for tilbakefall og sikre stabilitet.
6. *Opplæring og informasjon:* Gi pasienten og deres familie nødvendig opplæring og informasjon om hva de kan forvente i overgangsfasen etter døgnbehandling og hvilke ressurser som er tilgjengelige.
7. *Evaluering og tilpasning:* Gjennomfør regelmessige evalueringer av individuell plan og gjør nødvendige justeringer basert på pasientens utvikling og behov.

Disse forholdene kan illustreres på følgende måte:



Senere i rapporten peker arbeidsgruppa på sentrale prinsipper for samarbeid som vil understøtte en slik praksis, hvor spesielt virksomhets- og lederansvaret er vektlagt.

Målgrupper

Arbeidsgruppen diskuterte om det er hensiktsmessig å avgrense målgruppen til å omhandle pasienter med behov for langvarige og koordinerte behandlings- og oppfølgingstiltak, men valgte å definere målgruppen til pasienter som har behov for oppfølging i etterkant av døgnopphold. De konkrete oppfølgingstiltakene vil variere, basert på den enkelte pasients ønsker og behov.

Mulige tiltak/tilbud

Det er aktuelt å vurdere mange ulike tiltak som en del av det integrerte ettervernet. Arbeidsgruppen har valgt å beskrive disse med utgangspunkt i hhv. spesialisthelsetjeneste (helseforetak og private avtaleparter), kommunene og NAV.

Eksempler på tilbud som kan inngå i integrert ettervern		
Spesialisthelsetjenesten	Kommune	NAV
• Brukerstyrt seng • Brukerstyrt poliklinikk • Ambulant virksomhet • FACT team eller andre samhandlingsteam • Andre forsterkede tiltak • Digital eller tlf. oppfølging • IPS- jobbspesialister i samarbeid med NAV • Gruppetilbud – slik som psykoedukative tilbud som kan fortsette etter behandling	• Helse- og omsorgstjenester • Samtaler og oppfølging, også digitalt eller tlf. - oppfølging • Fastlege • IPS – jobbspesialister i samarbeid med NAV • Kurs, opplæring og gruppetilbud • Nettverksmøter • Arbeids- og aktivitetstilbud • Tjenester i hjemmet • FACT team eller andre samhandlingsteam	• Økonomirådgivning • Økonomiske ytelser • Tilrettelegging for arbeid og utdanning • IPS jobbspesialister • Midlertidig botilbud

• Nettverksmøter med pårørende, pårørendegrupper, pårørendedager, helgeopphold	• Bolig til personer som blir vurdert til å være vanskeligstilt på boligmarkedet, jf. Lov om kommunens ansvar på det boligsosiale feltet.	
--	---	--

Kommunene har omfattende ansvar, og det finnes flere relevante helse- og omsorgstjenestetilbud som bistand til bolig, arbeid, utdanning, aktivitet, økonomiske ytelser samt råd og veiledning. Tjenestene skal basere seg på «hva som er viktig for deg». Støtte i overganger, etablering av nye sosiale nettverk og deltagelse i nærmiljø vil for mange være faktorer som har betydning for økt livskvalitet.

På samme måte vil det være flere relevante behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten som vil defineres som nødvendig helsehjelp i det integrerte ettervernet, som brukerstyrte og ambulerende tilbud.

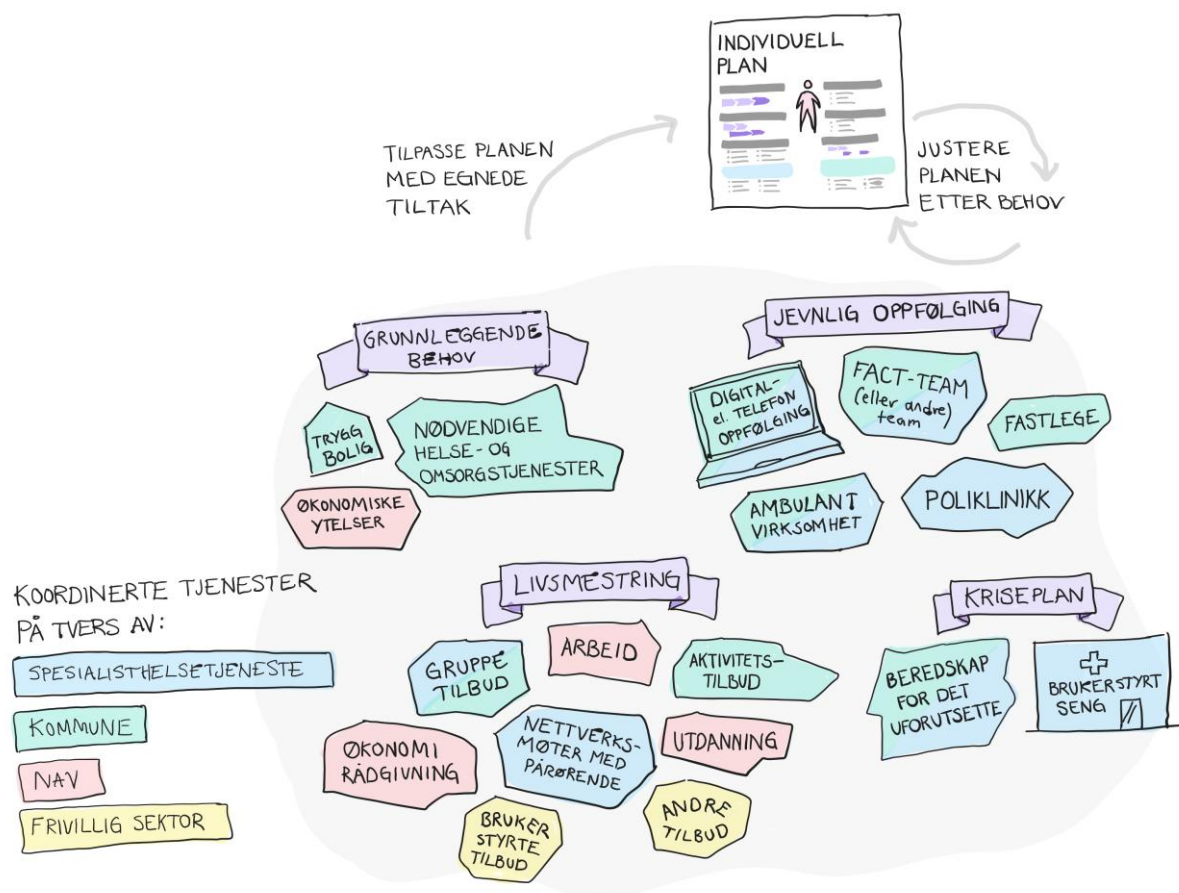
Hva som faktisk tilbys av tjenester og behandlingstilbud, vil variere mellom helseforetak og kommuner fordi det besluttes lokalt hvilke tjenester som tilbys utfra lokale forhold.

Gjennom de siste årene har det utviklet seg flere samhandlingstilbud mellom kommune og spesialisthelsetjenesten som har hatt god effekt, som FACT team og andre team. I helsefellesskapene kan det drøftes eventuelle andre samhandlingstiltak mellom kommune og spesialisthelsetjenesten som vil kunne være nyttig for integrert ettervern. Det integrerte ettervernet kan altså bestå av mange ulike tilbud. Gjennom ansvarsgruppemøter og samarbeid mellom behandler, pasient og kommunen, kommer man frem til de grepene som er mest hensiktsmessige for hver pasient.

Noen pasienter har gode erfaringer med «halvveishus», gjerne med oppfølging fra spesialisthelsetjenesten (avtalepart og/eller helseforetak). Overgangsboliger finnes i kriminalomsorgen i Norge og var ikke uvanlig som del av rusbehandlingen før rusreformen i 2004. Det handler om å bygge ned risikoen knyttet til overgang fra institusjon til tiden etterpå. Da vil botrening og booppfølging kunne være et viktig tilbud for mange.

Mange pasienter vil ha behov for gjeldssanering og økonomiske støtteordninger for å kunne delta i ulike aktiviteter i sivilsamfunnet som et ledd i å etablere nye nettverk og finne nye venner. Integrerende tiltak som legger til rette for ordinær samfunnsdeltagelse utenfor de tilrettelagte oppfølgingstilbudene, kan være en viktig del av ettervernstilbudet. Eksempler på dette kan være Aktivetskort for voksne, tilsvarende Aktivetskort for barn av lavinntekts-familier. Dette vil sikre økonomisk mulighet til å ta del i og inkluderes i samfunnet slik som besøk på teater, kino, treningssenter og fritidsaktiviteter. Et slikt kort vil gi mulighet til å ta del i kultur og aktivitetstilbudet i nærmiljøet og etablere nye relasjoner og dermed bidra til å redusere utenforskap og ensomhet.

Når planen iverksettes, evaluerer man tiltakene og justerer ved behov.

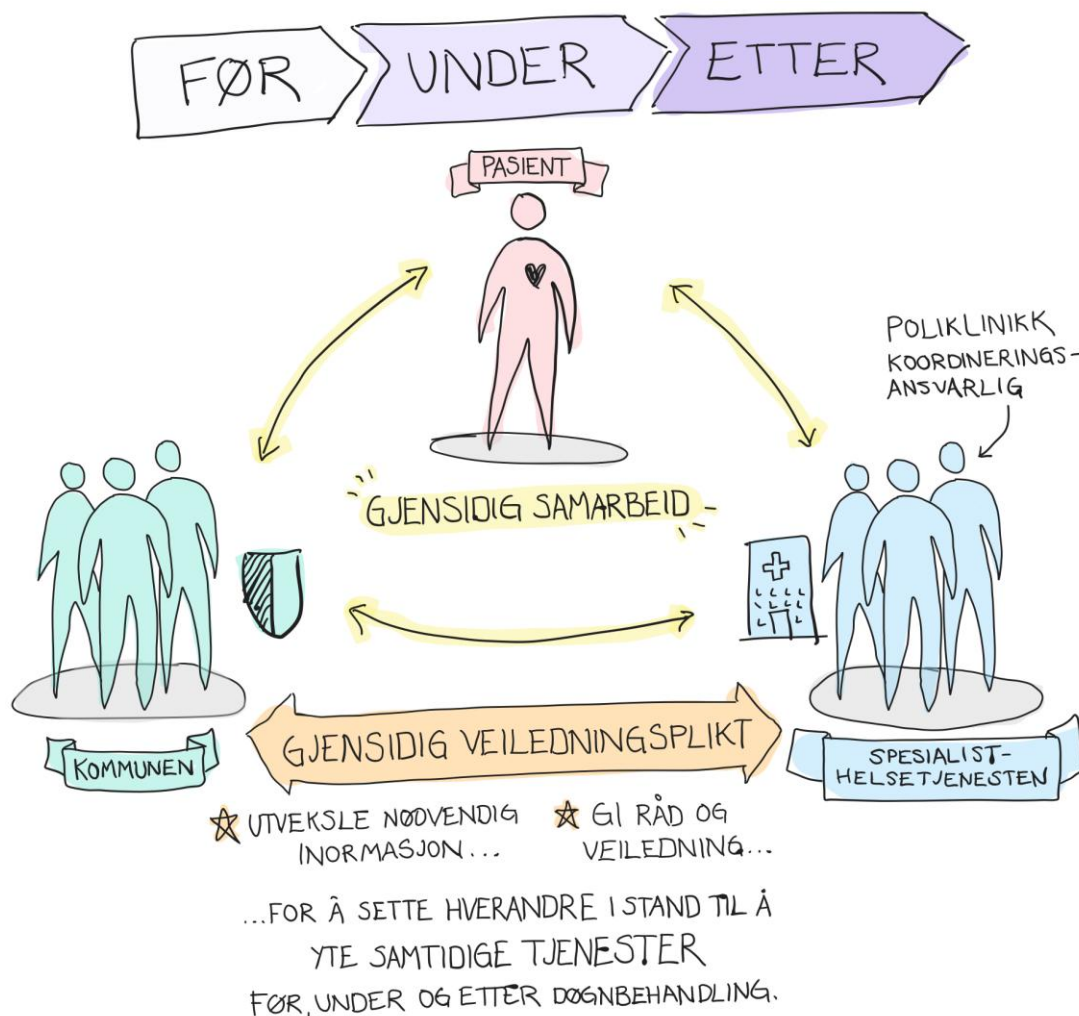


Samarbeid og koordinering

Gjensidig veiledningsplikt

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har gjensidig veiledningsplikt som innebærer felles ansvar for å samarbeide og yte samtidige tjenester. Spesialisthelsetjenesten skal gi generelle råd og veiledning og samarbeide om utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte (spesialisthelsetjenesteloven § 6-3). Kommunalt ansatte skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11).

For å sikre samarbeid og samtidighet i tjenester, er det behov for å operasjonalisere hvordan gjensidig veiledningsplikt kan tilrettelegges for pasienter som har behov for integrert ettervern. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig at dette inngår som en del av avtaleverk og drøftinger i Helsefellesskapene rettet mot definerte målgrupper, som «etter døgnopphold» og pasienter med rusproblemer eller rus- og psykiske helseproblemer «ROP-pasienter».



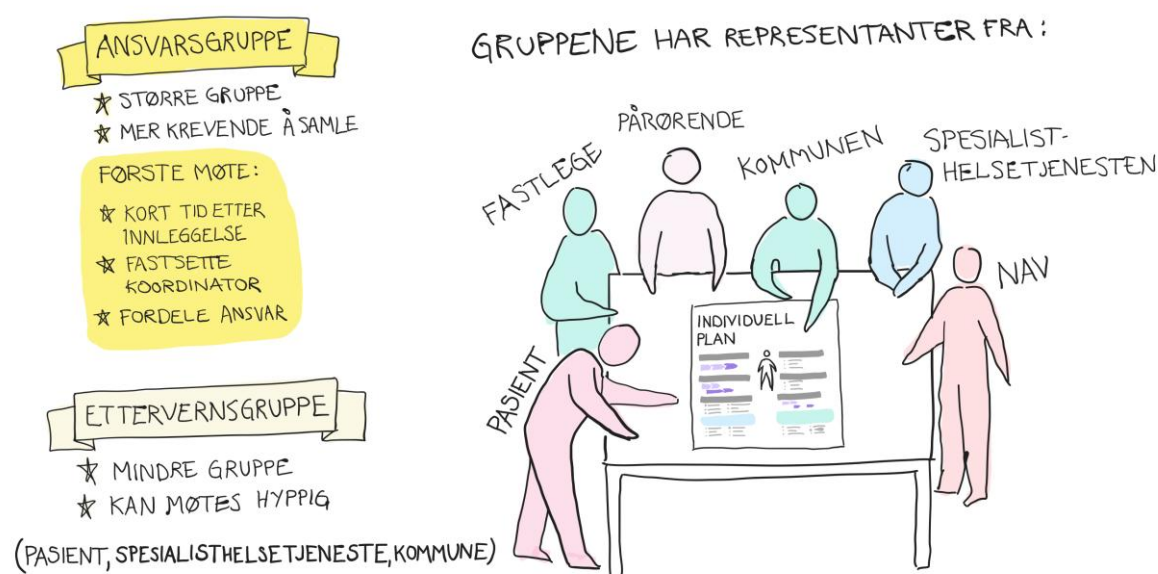
Samarbeid med pasientens pårørende

Med utgangspunkt i pasientens ønske og samtykke, bør pårørende som hovedregel involveres i forbindelse med døgninnleggelse i TSB, samt i sårbare overganger som ved utskrivelse. De kan bidra med viktig informasjon og innspill til mål, valg og prioriteringer i det integrerte ettervernet. Nærmeste pårørende bør normalt involveres i arbeidet med å utarbeide og gjennomføre tiltak og evaluere planen. I en del tilfeller vil pårørende ha behov for hjelp til å avgrense sin involvering slik at vi forebygger overbelastning. Kontakten og samarbeidet med pårørende bør virksomhetene sette i system, slik at en forebygger uønsket variasjon mellom behandlingsforløp og at nødvendig kompetanse på pårørendearbeid tilføres tjenesteutøverne. Virksomhetene bør også ha god oversikt over egne og andres tilbud til voksne pårørende som trenger bistand for egen del, og formidle dette både direkte og via hjemmeside.

Helsepersonell både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må i tillegg bidra til å sikre at barn som pårørende gis nødvendig informasjon og oppfølging jf. helsepersonellovens §§ 10-a og 10-b.

Ansvarsgruppe og integrert ettervernsgruppe

Ansvarsgruppe og individuell plan er viktige verktøy for å sikre koordinert og helhetlig oppfølging. Det første samarbeidsmøtet bør finne sted kort tid etter innleggelse slik at det raskt kan avklares hvem som blir koordinator, og hvordan ansvaret fordeles. Ansvarsgrupper kan ofte bestå av mange deltakere, noe som kan gjøre det utfordrende å holde hyppige møter. I en utskrivelsesfase kan det derfor være hensiktsmessig å redusere ansvarsgruppen til en integrert ettervernsgruppe hvor brukernes vurdering av hvem som bør delta, tillegges stor vekt. En slik gruppe kan gjerne være liten og fleksibel, og bestå av pasienten, representanter fra spesialisthelsetjenesten, kommunen/NAV og eventuelt pårørende.



Koordineringsansvar innen spesialisthelsetjenesten

Planlagt døgnbehandling i TSB bør forankres i poliklinikk, som har ansvar for kartlegging, vurdering og viderehenvisning. Poliklinikken bør også koordinere pasientforløpet, i tett samarbeid med døgninstitusjonen.

For å sikre helhetlig behandling bør poliklinikken være involvert i endringer underveis, samt i avslutningsfasen og ved utskrivelse. Integrert ettervern planlegges tidlig, senest ved innleggelse, og inkluderer ofte tjenester fra poliklinikken, døgninstitusjonen (brukerstyrt seng), kommunen, NAV og fastlegen. Poliklinikken bør holde pasientforløpet aktivt gjennom døgnoppholdet og sammen med døgninstitusjonen avklare ansvarsfordelingen under innleggelsen.

I sårbare overganger fra døgn til poliklinikk med forhøyet risiko for tilbakefall og overdose anbefales et forsterket poliklinisk tilbud som tilpasses pasientens behov og ønske. Forsterket poliklinikk kan bestå av individuelle samtaler, grupper og veiledet trening knyttet til poliklinikken eller døgntilbudets polikliniske tjenester, gjerne i koordinert kombinasjon med oppfølging fra kommunens eller frivilligere organisasjoners tilbud. Pasient, behandlingsinstitusjonen, poliklinikk og kommune bør sammen utarbeide en plan for de første ukene etter utskrivelse fra døgn med aktiviteter/tiltak og tidspunkter.

Det er viktig at pasienten opplever at tjenester er koordinerte. Poliklinikken koordinerer forløp mens pasienten får behandling i spesialisthelsetjenesten. Poliklinikken har ansvaret for å invitere til samarbeidsmøte med pasient, kommune, døgntilleggsinstitusjon, pårørende og eventuelle andre i forkant eller ved innleggelse og ved planlegging av utskrivelse. Det må avklares når kommunen overtar koordineringsansvaret. Dette vil kunne variere fra forløp til forløp.

I enkelte tilfeller vil pasienten bli tilbudt døgninnleggelse, eventuelt også akutt, uten forutgående poliklinisk behandling, fordi poliklinisk eller ambulant oppfølging ikke vurderes tilstrekkelig/forsvarlig. Da vil poliklinisk behandling i hovedregelen være en del av oppfølging etter utskrivelse, og må kobles inn så tidlig som mulig.

Oppsummert: Behandlingsforløp for pasienter som har behov for døgntilleggsbehandling i TSB døgntilleggsbehandling bør normalt starte og slutte i poliklinikk, i tråd med gjeldende normerende produkter (f.eks. pasientforløp) og i tråd med regjeringens nye rusreform. Spesialisthelsetjenesten, som oftest poliklinikken, har ansvaret for å kalle inn til samarbeidsmøter og bidra til at det blir søkt om nødvendige tjenester fra kommune og NAV i forkant av eller ved innleggelse og ved planlegging av utskrivelse.

INDIVIDUELL PLAN FOR INTEGRERT ETTERVERN

FRIST : SENEST FØR
UTSKRIVELSE

KOORDINATOR: _____

PLAN FOR STABILE BØFORHOLD

→ → →

ADDRESSERE ØKONOMISKE FORHOLD

→ → →

KARTLEGGE BRUKERS FUNKSJONSNIVÅ & MESTRINGSFØLELSE

• _____ • _____
• _____ • _____
• _____ • _____



AKTUELLE NETTVERK & AKTIVITETSTILBUD

• _____
• _____
• _____

AKTUELLE TILBUD TIL PÅRØRENDE

• _____
• _____
• _____

PLAN FOR TANNHELSE & FASTLEGE OPPFØLGING

→ → →

OPPFØLGING FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN

• _____ • _____
• _____ • _____
• _____ • _____

OPPFØLGING FRA KOMMUNEN

• _____ • _____
• _____ • _____
• _____ • _____

KONTAKTPERSON : _____

KONTAKTPERSON : _____

Forventninger til samarbeid i forkant av innleggelser

Døgnopphold i TSB er som regel planlagt, og pasienter må i disse forløpene vente på innleggelse. I ventetiden har tjenestene mulighet til å opprette relasjoner med pasientene og tjenestene og på den måten bidra til en god start på oppholdet.

Det bør jobbes strukturert i denne fasen., Det bør legges en plan for at pasienter har stabile boligforhold; sørge for søknad om kommunal bolig eller bistand til å leie eller kjøpe egen bolig, søknad om bytte av bolig eller opprydding i eksisterende bolig. Det er videre viktig å adressere økonomiske forhold (avklare hvilke rettigheter bruker har, hvem/hvor kan bruker få bistand med søknader). I denne fasen bør man sammen med pasientene avklare behov for eventuelle arbeids- og aktivitetstilbud, dvs. hva finnes/ønskes av tilbud og nettverk. Det bør også kartlegges hvilke behov pårørende har og hvilke tilbud som finnes for dem. Der det er ønskelig opprettes kontakt med brukerorganisasjon/erfaringskonsulent i tjenestene og iverksettes tannbehandling, oppfølging fra fastlege osv. Planer og tiltak må ta i betraktning pasientens funksjonsnivå og mestringsfølelse og ta hensyn til fysisk fungering og pasientens psykiske helse og rusmestring. Det må for den enkelte pasient legges vekt på hva pasienten og eventuelle pårørende ønsker, og hva som oppleves viktig i recoveryprosessen.

Brukerorganisasjonene ønsker muligheten for å ha en selvvalgt kontaktperson som er koordinator for pasienten og sikrer at tjenestene jobber sammen om felles mål. Når det utpekes koordinator, bør pasientens ønsker tillegges vekt.

Sekvensiell behandling for pasienter med langvarige behandlingsbehov

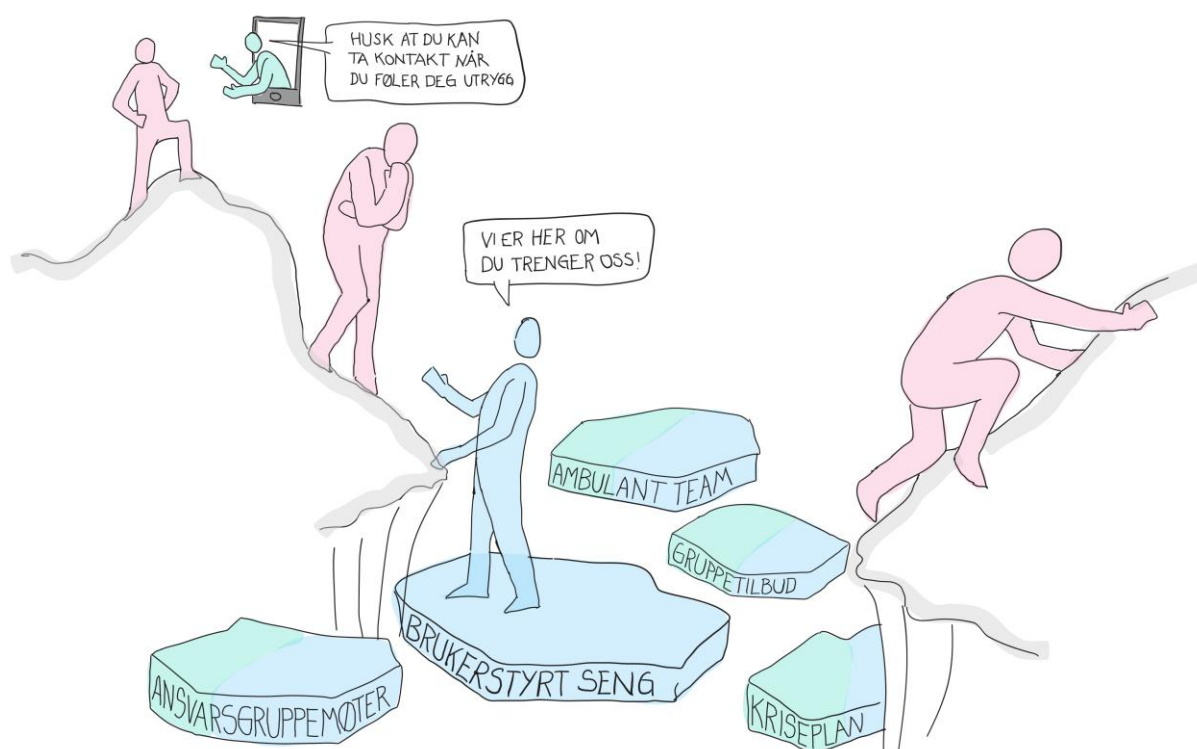
For noen pasienter som har behov for langvarig behandlingsinnsats, kan sekvensiell behandling være hensiktsmessig tilnærming. Denne behandlingsmodellen kombinerer planmessig døgnbehandling med tilknyttede polikliniske og ambulante tjenester og gir mulighet for fleksibel tilpasning til pasientens behov.

Sekvensielle behandlingsforløp legger til rette for at pasienter kan trene på ferdigheter og mestringsstrategier i perioder mellom innleggelser. Dette muliggjør kortere primæropphold og bruk av hjemmesekvenser, i tillegg til poliklinisk og ambulant virksomhet som skjer i samarbeid med pasientens hjemkommune. Veksling mellom behandlings- og oppfølgingstiltak på ulike nivåer mht. hvor tjenesten ytes og av hvem, stiller ekstra krav til samhandling mellom tjenestene som er involvert i det integrerte ettervernet. For å sikre god samhandling er utnevning av koordinator, bruk av individuell plan, regelmessige samarbeidsmøter, kontrakter (f.eks. for brukerstyrt seng) og kriseplan sentrale tiltak/verktøy vi vil fremheve.

Brukerstyrte døgnplasser

I beskrivelsen av oppdraget står det følgende: *«Det skal etableres brukerstyrte døgnplasser i helseforetakene, som gjør det enklere å oppsøke slike tilbud – uavhengig av hvor døgnbehandlingen er gjennomført»*. I eksisterende tilbud om brukerstyrt seng eller innleggelse som arbeidsgruppa har kjennskap til, og som fungerer godt, er disse knyttet til et behandlingssted hvor pasienten har vært innlagt tidligere. Kjennskap til behandlingsstedet

og personalet er noe av nøkkelen til at korte intervensjoner, på eksempelvis 5-7 dager, blir et trygt og effektivt tiltak. Dette både fordi terskelen blir lav for å ta kontakt før en har tilbakefall til rusinntak og fordi minimalt med tid går med på å gjøre seg kjent og komme i posisjon til å dra nytte av den forebyggende intervensjonen. Brukerstyrte døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, som er tilgjengelig uavhengig av om en har benyttet behandlingsstedet tidligere, bør derfor iverksette kompenserende tiltak for manglende relasjon/trygghet til behandlere/behandlingssted. Eksempler på dette kan være forpliktende samarbeidsmøter mellom utskrivende enhet og enhet for brukerstyrt seng før utskrivelse fra døgnbehandling, avtalt pasientbesøk til enhet med brukerstyrt seng i utskrivende fase, intensivert kontakt med poliklinisk behandler under periode med brukerstyrt seng m.m.



NK TSB (OUS) har denne beskrivelsen av nasjonale føringer for brukerstyrte innleggelser i TSB:

«Brukermedvirkning er et lovpålagt krav, og brukerstyrte innleggelser er et virkemiddel for brukermedvirkning på individnivå. Gjennom oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, har alle helseforetak fått i oppdrag å etablere tilbud om brukerstyrt seng. Det er også en sterkt faglig begrunnet anbefaling i den nasjonale behandlingsretningslinjen for TSB.

Anbefalingen om å etablere brukerstyrte innleggelser i TSB er begrunnet i pasientens rett til å medvirke i egen behandling, økt fleksibilitet og trygghet for brukere og pårørende. Brukerstyrte innleggelser er en dreining bort fra krisestyrt innleggelse, til forebyggende fokus og kortere innleggelser. Tryggheten det gir å ha tilgang på brukerstyrt innleggelse er en effekt i seg selv, også for pasienter som ikke velger å benytte seg av tilbudet.

Brukerstyrt innleggelse er et tilbud til pasienter som har gjennomført én eller flere innleggelser, og som i forlengelsen av dette får en kontraktsfestet avtale om å komme tilbake til behandlingsstedet for et kortere opphold på eget initiativ, innen en gitt periode.

Erfaringer fra institusjoner som har brukerstyrte plasser viser at mange pasienter anser det som nyttig å få tilgang til brukerstyrte plass ved samme institusjon som de har hatt døgnbehandling.

Det bør være en konkret plan for brukerstyrt seng hvor det fremgår:

- hvor lenge etter utskrivning tilbudet vil være tilgjengelig
- hvor pasienten skal henvende seg ved behov for brukerstyrt seng
- hvor lenge oppholdet normalt vil vare
- hva som vil være innholdet i oppholdet
- eventuelt samarbeid med kommunen.

Det bør lages en plan for oppfølging fra poliklinikk etter døgnopphold. Dette bør være avklart ved utskrivning. Det bør være noen faste samarbeidsmøter etter døgnoppholdet som er fastsatt senest ved utskrivning. Hensikten med møtene er å følge opp planer/ behov som ble kartlagt før døgnopphold.

Oppsummering av de viktigste tilrådingene til arbeidsgruppen

Det finnes mye kunnskap og mange gode tilbud og hjelpetiltak innen de ulike sektorer og omsorgsnivå. Arbeidsgruppen vil derfor i sine tilrådinger fokusere på konkrete forbedringsforslag innenfor eksisterende systemer og tilbud.

Tiltak på overordnet nivå

- Arbeidsgruppens tilrådinger om integrert ettervern bør innarbeides i sentrale nasjonale føringer og anbefalinger
- Prinsippene, som ble utarbeidet i 2024 i arbeidet med rusbehandlingstilbudet til barn og unge, bør legges til grunn for samarbeidet partene imellom
- Partenes gjensidige veiledningsplikt bør diskuteres i Helsefellesskapene og operasjonaliseres
- Det er viktig at betydningen av samhandling ivaretas gjennom finansieringssystemene

Tydeliggjøring av koordineringsansvar

- Helseforetaket har koordineringsansvar gjennom hele forløpet så lenge pasienten mottar behandling i spesialisthelsetjenesten
- Det må avklares tydelig når kommunen overtar koordineringsansvaret. Dette vil kunne variere fra forløp til forløp
- Ansvar for koordinering av tjenester bør avklares i alle forløp og forventningene til koordinatorene tydeliggjøres

Ansvar til spesialisthelsetjenesten

- Spesialisthelsetjenesten, som oftest poliklinikk, har ansvar for å invitere til samarbeidsmøte tidlig i pasientforløpet
- Det bør etableres sjekkpunkter ved avslutning av døgntilrettelagt TSB for å sikre at de aktuelle elementene i det integrerte ettervernet er på plass
- Alle virksomhetene som har brukerstyrte plasser bør utarbeide beskrivelse av målgrupper, forutsetningene for å kunne utløse en brukerstyrt plass og hva som er innholdet i tilbudet

Pasientnære tiltak

- Ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunen har ansvar for å bruke individuell plan og lage gode rammer for de brukerstyrte plassene
- Et velfungerende integrert ettervern bør ta utgangspunkt i en konkret vurdering av den enkelte pasients individuelle behov
- Det bør i samarbeid med pasienten etableres et forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste tidlig i forløpet
- Pårørende bør i tråd med pasienten ønske og samtykke involveres i utarbeidelsen og/eller gjennomføringen av tiltakene i den individuelle planen

Vedlegg 10 prinsipper for samarbeid basert på prinsippene utarbeidet i den nasjonale gjennomgangen i 2024 av rusbehandlingstilbudet til barn og unge

Sørg for at tjenestene har god oversikt over hverandres mandat, roller og lovverk, og at denne informasjonen er lett tilgjengelig for alle

Sørg for at alt personell har grunnleggende kompetanse i å identifisere rusbruk og psykiske helseplager, og kan vurdere og iverksette egnede tiltak

Sørg for at alt personell er kjent med og ivaretar sitt selvstendige ansvar for å initiere og opprettholde samhandling med andre aktører

Sørg for at det i felleskap arrangeres tverretatlige samhandlingsmøter mellom tjenesteledere fra relevante instanser, og at disse arrangeres hvert halvår.

Sørg for at det arrangeres jevnlige tverretatlige samhandlingsmøter på klinisk nivå mellom aktuelle tjenester

Sørg for at det foreligger overordnede samarbeidsavtaler som regulerer samhandling på både ledernivå og klinisk nivå, og at disse oppdateres og evalueres rutinemessig, samt ved konflikter

Sørg for at alt personell tilstreber en dialogisk form i samhandlingen, helst gjennom telefon eller møter, med vekt på fleksibilitet, konstruktiv dialog og positiv omtale av andre tjenester

Sørg for at alt personell arbeider for å ivareta pasientens helhetlige behov, og at man baserer tilbudet på fleksibilitet og en gjensidig avhengighet mellom tjenester

Sørg for at dialog og samhandling intensiveres i krevende perioder, og at man løpende identifiserer felles mål for arbeidet

Sørg for at samhandlingsaktiviteter som arbeidsform prioriteres i egen organisasjon og i tjenestenes fagutvikling, og forsøkes synliggjort i statistikk, finansiering og standarder