



# Handelshøyskolen BI

## MAN 51061 Consulting

Term paper 60% - W

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	31-10-2022 09:00 CET	<b>Termin:</b>	202310
<b>Sluttdato:</b>	05-06-2023 12:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	P		
<b>Flowkode:</b>	202310  10059  IN09  W  P		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

Navn:

**Gro Ruud**

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	DDCMHT måling ved Psykiatrisk klinikk		
<b>Navn på veileder *:</b>	Tor Bang		
<b>Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:</b>	Nei	<b>Kan besvarelsen offentliggjøres?:</b>	Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	19
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

## Sammendrag

Denne oppgaven har vært min prosjektoppgave i studieprogrammet *Consulting* ved Handelshøyskolen BI.

Bakgrunn for oppgaven var et ønske om å undersøke behandlingstilbudet psykisk helsevern har til pasienter med rusproblematikk ved Sykehuset Telemark. Undersøkelsen gikk ut på å undersøke om Psykiatrisk klinikk gav integrert rusbehandling.

Måleverktøyet Dual Diagnoses Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) ble bruk for å måle integrert behandlingskompetanse i Psykiatrisk klinikk. Det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer ved 12 seksjoner med bruk av spørremanualen DDCMHT. Resultatene ble plottet inn i SPSS og samlet i felles skår. Laveste skår indikerte at behandlingstilbudet var tilpasset behandlingen psykiske lidelser og høyest skår indikerte forsterket ROP kompetanse.

Oppgaven konkluderer med at Psykiatrisk klinikk ikke har adekvat tilbud om rusbehandling i henhold til DDCMHT

# Innholdsfortegnelse

<b>INNHALDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>II</b>
<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA FOR OPPGAVEN.....	2
1.2 OPPGAVENS STRUKTUR.....	3
1.3.1 Rusavhengighet .....	4
1.3.2 Psykiske lidelser .....	4
1.3.3 ROP lidelser .....	4
1.4 FORELØPIG PROBLEMBESKRIVELSE .....	5
<b>2 TEORETISK GRUNNLAG.....</b>	<b>5</b>
2.1 MULIGE ÅRSAKER TIL DET Å RUSE SEG.....	5
2.2 RUSBEHANDLING I NORGE .....	5
2.2.1 Rusreform 2004 .....	7
2.2.2 Dagens situasjon .....	8
2.2.3 Roller og ansvar .....	9
2.2.4 Sekvensiell behandling .....	10
2.2.5 Parallell behandling.....	11
2.2.6 Integrert behandling.....	11
2.2.7 Stadiebasert behandling.....	11
2.3 PROBLEMSTILLING OG HOVEDHYPOTESE.....	12
2.4 UNDERHYPOTESER.....	13
2.4.1. Programmets struktur.....	13
2.4.2 Programmets miljø .....	13
2.4.3 Klinisk prosess: Vurdering .....	14
2.4.5 Kontinuitet i behandlingen .....	15
2.4.6 Personal.....	16
2.4.7 Opplæring.....	16
<b>3 METODE.....</b>	<b>17</b>
3.1 METODEVALG .....	17
3.2 MÅLGRUPPEN FOR UNDERSØKELSEN.....	18
3.3 UTVALG .....	18
3.4 DDCMHT.....	18
3.4 VALIDITET OG RELIABILITET .....	20
3.5 GJENNOMFØRING .....	20
3.6 DATAANALYSE.....	20
3.7 METODISKE SVAKHETER .....	21
<b>4 RESULTAT OG DRØFTING .....</b>	<b>21</b>

4.1 H1 Programmets struktur.....	22
4.1.2 Mandat .....	22
4.1.3 Samarbeid.....	23
4.1.4 H1 Delkonklusjon.....	23
4.2 H2 Programmets miljø .....	24
4.2.1 Holdninger.....	24
4.2.1 Litteratur .....	25
4.2.3 H2 Delkonklusjon.....	25
4.3.1 H3 Klinisk prosess: Vurdering .....	26
4.3.2 Screening.....	26
4.3.3 Kartlegging.....	27
4.3.4 Diagnostisering .....	28
4.3.5 Destruktiv atferd.....	28
4.3.6 Funksjonsvurdering.....	29
4.3.7 Stadiebasert vurdering .....	29
4.4.1 Klinisk prosess behandling.....	30
4.4.6 Spesialisert rusbehandling .....	32
4.4.7 Psykoedukasjon .....	33
4.4.8 Familieopplæring .....	33
4.4.9 Selvhjelpsgrupper.....	33
4.4.10 H4 Delkonklusjon.....	34
4.5.1 H5 KONTINUITET I BEHANDLINGEN.....	34
4.5.1 Kontinuitet i behandlingen .....	34
4.5.2 Samsykelighet ved utskrivelse.....	34
4.5.3 Kontinuitet.....	35
4.5.4 Recovery - tilfriskning .....	35
4.5.5 H5 Delkonklusjon.....	36
4.6.1 H6 Personal.....	36
4.6.1 H6 Personal.....	36
4.6.2 Psykiater/lege .....	37
4.6.3 Kompetanse .....	37
4.6.4 Veiledning.....	37
4.6.5 Evaluering av behandling.....	37
4.6.6 H6 Delkonklusjon.....	38
4.7.1 H7 Opplæring.....	38
4.7.2 Opplæring rusproblematikk.....	38
4.7.3 Opplæring ROP lidelser .....	38
4.7.4 H7 Delkonklusjon.....	39
4.7.5 Oppsummering .....	39
<b>5 AVSLUTTEDE DRØFTING OG BEMERKNINGER .....</b>	<b>40</b>

5.1 BEGRENSENINGER OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING .....	41
<b>6 LITTERATURLISTE .....</b>	<b>42</b>
<b>7 VEDLEGG .....</b>	<b>45</b>
7.1 MANUAL SKÅRING DDCMHT .....	45

## 1. INNLEDNING

I januar 2000 var jeg sosionomstudent i praksis ved Thereses hus, en akuttinstitusjon for kvinner i aktiv rus, drevet av Oslo kommune. Ved denne praksisplassen ble jeg introdusert til en ny verden. Institusjonen var et akutt botilbud for de «meste utslåtte og vanskelig plasserbare» kvinnene i Oslo. Kvinnene kunne ha alvorlig rusbruk, alvorlig psykisk lidelse, utagerende atferd og mange var utsatt for vold og overgrep. De fleste prostituerte seg daglig. Flere av kvinnene var betegnet av hjelpeapparatet som «de oppgitte» - «de kur umulige».

Dette ble en rask læringskurve. Jeg ble utfordret på egne holdninger, verdier og reaksjoner. Jeg fikk innblikk i livet til gateprostituerte i Oslo. Kvinnene hadde erfaring med vold og overgrep fra tidlig alder og de ruset seg daglig. Mange for å glemme, og for å døyve fysisk og psykisk smerte. De fleste hadde aldri levd normale familieliv og visste ikke hvordan et slikt liv skulle leves. De følte seg utstøtt fra samfunnet og klarte ikke dagliglivet uten rusmidler.

Praksisperioden skapte et engasjement i meg for å jobbe videre i rusfeltet. Tematikk som avhengighet, vold, overgrep, kjønn, prostitusjon, skyld og skam, fattigdom, ensomhet, traumer og samfunnspolitikk opptok meg mye. Ved institusjonen jobbet vi i og med et skadereduserende perspektiv. Det betydde at vi gav hjelp som mat, beskyttelse, omsorg, veiledning og helsehjelp for å begrense skadene som rusbruken gav. Målsetting var å komme i posisjon til å motivere for reduksjon av rusbruk og søke annen adekvat hjelp. Det var vanskelig for disse kvinnene å få videre hjelp i helsevesenet. Ventetid den gangen, for å komme inn i døgnbehandling for rusproblematikk, var mer et år. I psykisk helsevern var det en forutsetning at du hadde sluttet å bruke rusmidler før du fikk behandling.

Jeg hadde vanskeligheter med å forstå hvordan spesialisthelsetjenesten kunne kreve rusfrihet før oppstart av behandling. Min erfaring var at rusmidler ble brukt for å regulere følelse. Rusmidler kan brukes for å forsterke følelser, redusere følelser eller å glemme. Rusmidler blir den eneste erfarte strategien. Da blir dilemmaet: *«hvordan klare å slutte å ruse seg før en har fått hjelp til å regulere*

*sine følelser, når bruk av rusmidler er den eneste erfarte strategien som gjør at man klarer å regulere dem»?*

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema for oppgaven**

I perioden 2009-2012 jobbet jeg i en rus-prosjektstilling ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset i Telemark. Målsetting for prosjektet var å bistå psykiatrisk klinikk i å øke sin kompetanse på rusrelatert problematikk og bedre sitt behandlingstilbud til pasienter med samtidig rus og psykisk lidelser.

For å kunne bistå i det kvalitetsforbedrende arbeidet vi var satt til å drive, var det viktig for oss i prosjektet å vite:

- 1) hvordan behandlingstilbudet var
- 2) hva som var god behandling for pasientgruppen.

Vi startet med finne ut i hvilken grad seksjoner og behandlingsprogram ved psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark, hadde mandat, rutiner, prosedyrer, samhandlingsrutiner og personellressurser som rutinemessig fordret integrert behandling for pasienter med samtidig lidelser, dobbeltdiagnoseproblematikk. Vi valgte å evaluere dette ved hjelp av verktøyet Dual Diagnoses Capability in Mental Health Treatment (DDCAMHT) i perioden høst 2009 til høst 2010. Resultatene fra undersøkelsene viste hvilke intervensjoner prosjektet måtte iverksette for å øke klinikkens kompetanse på rusrelatert problematikk.

Undersøkelsen ble gjentatt våren 2012 for å evaluere resultater av de kvalitetsforbedringer og kompetansehevingstiltak som var gjennomført. Måling 2 viste at pasienter med ruslidelser i større grad var akseptert inn i behandling ved psykiatrisk klinikk, og det var gjennomført flere kompetansehevende tiltak. Resultater fra målingen var at klinikken måtte videreutvikle sitt tilbud om behandling for ruslidelser til pasienter med ROP lidelser. Prosjektets råd til Psykiatrisk klinikk ble å fortsette arbeidet med å integrere gjeldene ROP retningslinje, og innrette behandlingstilbudet i tråd med disse faglige føringene.

Jeg jobber fortsatt i psykiatrisk klinikk, nå som leder ved seksjon for avrusning. Mitt inntrykk er at kvaliteten i behandlingstilbudet til pasienter med rusrelatert problematikk har økt i årene etter at rusprosjektet ble avsluttet. Disse pasientene

tilbys behandling ved de aller fleste seksjoner. Det er etablert gode rutiner for kartlegging evaluering og diagnostisering av ruslidelser. Spørsmålet er;

- Gir vi adekvat behandling til pasienter med ruslidelser eller har vi mer fokus på støtte og stabilisering?
- Gir vi behandling for ruslidelser som en samtidig lidelse til personer med psykiske lidelser?
- Er ROP retningslinjen implementert? Er det kvalitetsforbedrende tiltak vi bør iverksette som kan øke kvaliteten på behandlingen vi tilbyr?

Dette er spørsmål jeg ønsker å undersøke videre i min oppgave.

Jeg ønsker i tillegg, for egen del, å utvikle min kompetanse for å kunne gi faglige råd forankret i forskningsbasert kunnskap og vitenskapelig metode. Dette gjøres gjennom å kartlegge et teoretisk utgangspunkt, fremskaffe empiri på en metodisk måte og å tolke denne i lys av teori, slik at avdekkede funn kan få praktisk nytte.

### ***1.2 Oppgavens struktur***

I kapittel 2 presenterer jeg teori og litteratur som jeg har lagt til grunn for oppgaven. Jeg redegjør for de endringer som er gjort i tilbudet til pasienter med rus og avhengighetsdiagnoser. Avslutningsvis spisses teorikapittelet inn mot utvikling av hypotesesett og formulering av problemstilling.

I kapittel 3 skal jeg redegjøre for mitt valg av metode. Jeg presenterer evalueringsverktøyet DDCMHT

I kapittel 4 presentere jeg resultatene fra undersøkelsen og drøfter empiri for deretter å drøfte resultatene opp mot hypotese og underhypotese.

I kapittel 5 oppsummeres oppgaven og dens resultater, samt refleksjoner rundt resultatet og anbefalinger av eventuelle tiltak.



## 1.3 Begrepsavklaring og avgrensning

### 1.3.1 Rusavhengighet

Verdens Helseorganisasjon (WHO) kategoriserer psykiske lidelser og ruslidelser i ICD-system. Norge bruker den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 til å diagnostisere rus og psykiske lidelser. ICD-10 skiller mellom et skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Avhengighet er:

*Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi (ICD-10, s.73)*

Avhengighet gir sterk lyst eller trang til å innta rusmiddelet, vansker med å kontrollere inntak, mengde og å stoppe før en mister kontroll. Mange utvikler kraftige fysiske abstinenser når en stopper å bruke rusmidlet, og noen av abstinensene kan være helsefarlige. Rusbruken går utover viktige områder i livet som fysiske og psykiske, sosiale og økonomiske skader (ICD-10, 1999).

### 1.3.2 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser, væremåte og samvær med andre. Begrepet psykiske lidelser brukes først når symptombelastningen er stor, varer over tid og er av en slik karakter at kriterier for klinisk diagnose er oppfylt. Psykiske lidelser medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan skape ubehag som reduserer livskvaliteten. Diagnostiseringen av psykiske lidelser gjøres av klinikere og/eller ved hjelp av strukturelle kliniske intervjuer. Psykiske lidelser klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier som revideres regelmessig ut fra oppdatert vitenskapelig kunnskap (Folkehelseinstituttet, 2009 s. 15).

### 1.3.3 ROP lidelser

*Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir ofte omtalt med begreper som komorbiditet og dobbeltdiagnose. Komorbiditet er en generell beskriveskrivelse på samtidig tilstedeværelse av to eller flere lidelser, mens begrepet «doppeltdiagnose» med forkortelsen ROP-lidelse brukes om kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (Helsetilsynet, 2012 s. 16).*

### ***1.4 Foreløpig problembeskrivelse***

På bakgrunn av dette legger jeg følgende foreløpig problemstilling til grunn for oppgaven

RQ: Har psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark et integrert tilbud om rusbehandling til sine pasienter?

## **2 TEORETISK GRUNNLAG**

I dette kapitlet presenteres teori og litteratur som ligger til grunn for oppgaven.

### ***2.1 Mulige årsaker til det å ruse seg***

Historikken bak bruk av rusmidler er like lang som menneskets. Mennesket har tradisjonelt brukt rusmidler til å skape stemningsforandringer både til hverdags, til fest, i religiøse sammenhenger, til medisinsk bruk og i krig. Mennesker har forflyttet seg på jorden og kommet i kontakt med nye mennesker og kulturer, og har gjennom dette blitt introdusert til nye rusmidler. Alkoholholdige drikker har hatt en nesten universelle utbredelse. Bruk av ulike plantevekster som opium og kokainplanter kan føres langt tilbake i tid. Vi har planter, røtter, sopparter og frukter som kan påføre oss alt fra milde til kraftige rusopplevelser. Felles for alle rusmidler er at de påvirker hjernens belønningssystem, noe som gjør at bruken kan oppleves som viktig for oss. Rusbruken virker tiltrekkende og fører til at vi utvikler et ønske om å gjenta inntaket. De forskjellige rusmidlene blir delt inn i; dempende, oppkvikkende (sentralstimulerende) og hallusinogene stoffer. Ønsket ruseffekt kan være å komme i godt humør, oppleve eufori, økt aktivitet, dempe vanskelige tanker og følelser eller redusere angst (Hauge, 2009).

### ***2.2 Rusbehandling i Norge***

Behandling av rusavhengige i Norge har historisk sett handlet om totalavhold. Rusmiddelbruk ble opprinnelig sett på som et normativt og moralsk problem. Fra slutten av 1800- tallet og utover var det overordnede politiske målet totalavhold og et alkoholfritt samfunn. Folk skulle oppdras, tilgang på alkohol skulle begrenses. Norge har hatt en restriktiv alkoholpolitikk hvor myndigheten har redusert tilgjengelighet og i perioder forbudt salg av alkohol. De første tiårene av

1900-tallet, var forbud, overvåking, straff og disiplin de viktigste virkemidlene i kampen mot alkoholen (Schiøtz, 2017). Behandlingsstedene, som ble kalt kurhjem, og noe senere også vernehjem, ble oftest plassert på god avstand fra byområder.

På 1960-tallet var det en markant økning i bruk av illegale rusmidler i Norge. Bruken av både cannabis og heroin økte. Rusbruken ble synlig og illegale rusmidler ble brukt på offentlige steder som på barer og i landets parker og uteliv. Forsøk på bekjempelse av narkotika ble møtt med nullvisjon og totalavhold (Christie & Bruun, 1985; Schiøtz, 2017). Reaksjon på bruk av illegale rusmidler var sanksjoner som bøter og fengsel. Tradisjonelt har det vært sosialfaglige tilnærminger som har vært dominerende i behandling av rusavhengige i Norge.

Rusproblemer har blitt forklart som sosiale og moralske mangler. Behandlingen var først og fremst religiøs og normativt påvirkning, sammen med arbeid og regulert døgnrytme. Rusomsorgen ble sett på som en særomsorg og behandlingstilbud var som oftest i privat regi (Mørland & Waal, 2016). Med de illegale rusmidlenes introduksjon på 1960 tallet økte forbud og strafferettslige reaksjoner på rusbruk. Etter hvert ble man mer oppmerksom på at personer med rusproblemer også kunne ha store utfordringer i forhold til psykisk helse. Rusbruken medførte alvorlig somatisk sykdomsbelastning, og dødeligheten var høy blant de med den tyngste rusmiddelbruken (NOU 2019:26, s. 61). Samfunnets holdninger til rus ble mer liberal, og det ble opprettet tilbud med målsetting å redusere skader av rusmiddelbruk. Dette kunne være matutlevering, sårstell og utlevering av brukerstyr. Pasienter med alvorlig avhengighet til heroin fikk på slutten av 90 tallet tilbud om legemiddelassistert behandling (LAR).

I den psykiatriske tradisjonen har behandlingstilnærmingen vært mer preget av medisinsk og vitenskapelig behandling. Behandlingen har hatt sin forankring i en sykdomsmodell med stort fokus på beskyttelse, støtte og langvarig behandling. Ruslidelsen har ofte blir betraktet som sekundær. Rusomsorgen har derimot vært preget av mer konfronterende stil, hvor valgmodellen har stått sterkt, med forventninger om bedring gjennom åndelig utvikling og selvstendigjøring, basert på støttekontaktmodellen, sekvensiell behandling og deltagelse i

selvhjelpsgrupper (Mueser et al., 2006). Denne behandlingsmetodikken kan være ineffektiv og uegnet for pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (Mueser et al., 2006). I tillegg er det vanskelig å diagnostisere psykiske lidelser når pasienter er ruspåvirket, siden rusen skygger for alvorlig psykopatologi (Lossius, 2011, s 28.). Ufullstendig og ineffektiv behandling av pasienter med samtidige lidelser kan føre til negativ sykdomsutvikling med hyppige tilbakefall og sykdomsinnleggelses (Mueser et al., 2006). Mange vil hevde at ruspasienter fortsatt blir møtt med utrangerte intervensjoner og behandlingssideologier spekket med straff, konfrontasjon, moralisering, overtalelse og belæring. Dette er intervensjoner som vanligvis øker pasienters motstand og kan resultere i at behandling stopper opp og avbrytes for tidlig (Duckert et al., 2008).

### *2.2.1 Rusreform 2004*

Fram til 2004 var ansvaret for behandling av psykiske lidelser lagt til spesialisthelsetjenesten, og ansvaret for rusbehandlingen var i fylkeskommunal regi.

*Rusreformen i 2004 overførte ansvaret for all behandling av rusmiddelavhengige fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene. Samtidig ble lovhjemmelen for behandlingen overført fra sosialsektoren til helsesektoren, som skulle gi «tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)». Dermed fikk helsetjenesten et større ansvar for behandlingen av rusmiddelavhengige, men sosialfaglig behandling skulle også inkluderes. Behandlingen skulle bli mer likeartet over hele landet, og rusmiddelavhengige fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper (Bakhus, 2023)*

Behandlingstilbudet i TSB består av polikliniske tjenester, dagtilbud, ambulante tjenester, avrusning, øyeblikkelig hjelp, samt korttids- og langtids-døgnbehandling (Helsedirektoratet, 2016).

Sentrale mål for rusreformen var at pasienter med ruslidelser skulle få et bedre og mer helhetlig behandlingstilbud. Med rusreformen fikk rusmiddelavhengige

pasientrettigheter og et mer integrert behandlingstilbud med spesialiserte tjenester helsetjenester for å redusere somatiske og psykisk plager i tillegg til behandling for sin ruslidelse (Lossius, 2008). Rusreformen innebar også at institusjoner som tilbyr spesialisert behandling i TSB ble helseinstitusjoner etter spesialisthelsetjenesteloven. De ble omfattet av rettigheter og lover som gjelder for disse. Det var spesielt understreket at det var stort behov for å bedre tilbudet til personer med samtidig bruk av rusmidler og alvorlig psykiske lidelser (NOU 2019:26). Behandlingen av pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser skulle ikke lenger være organisatorisk og faglig delt.

### *2.2.2 Dagens situasjon*

Psykiske plager og lidelser er en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Stortinget har gjennom flere år sluttet seg til at bedring innenfor psykisk helse og rus er et sentralt mål. Psykiske plager resulterer ikke bare i følelsesmessige lidelser og redusert livskvalitet, men kan også føre til nedsatt somatisk helse og økt dødelighet (Folkehelseinstituttet, 2018). Rapporten Psykisk helse i Norge anslår, basert på norske og internasjonale studier, at rundt 16-22 prosent av den voksne befolkningen oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder. Ruslidelser, depresjon og angstlidelser er det vanligste psykiske lidelsene hos voksne (Folkehelseinstituttet, 2018).

I perioden 2017-2018 ble det gjennomført tilsyn av tjenestetilbud til personer med psykisk lidelse og ruslidelser (Helsetilsynet, 2019). Tilsynet skulle blant annet se på om pasienter med ruslidelse fikk forsvarlig behandling i psykiske helsevern. De undersøkte om personell hadde nødvendig kompetanse, om behandlingen var individuelt tilpasset og om brukermedvirkning var implementert (Helsetilsynet, 2019).

Kritikkverdige funn i tilsynet handlet om at DPS-ene hadde mangelfull screening og kartlegging av rusbruk. Det ble avdekket variasjon i praksis hos behandlere og mangelfull utredning av somatisk helsetilstand. Voldsrisiko ble i liten grad tematisert og i flere av tilsynene var det manglende bruk av behandlingsplaner. Ved at ruslidelse ikke ble avdekket og somatisk lidelse ikke vurdert, kunne det føre til at behandler fikk et ufullstendig bilde av pasientens behandlingstilbud. Det

fremkom også at ved flere DPS-er var det mangelfull ruskompetanse hos behandlerne. Ved mangelfull kompetanse forventes det at DPS-ene samhandler med ruspoliklinikker. I enkelte poliklinikker var det ikke vedtatt praksis eller etablert samarbeid med ruspoliklinikker (Helsetilsynet, 2019).

Tilsynet kritiserte ledelsen i DPS-ene. Kritikken gikk på mangelfull organisering, kvalitetsstyring og vurdering av kompetansebehov i organisasjonene. Hos over halvparten av DPS-ene manglet vedtatt praksis/praksisbeskrivelse på ett eller flere områder for utredning og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser og mulig samtidig rusproblem (Helsetilsynet, 2019). Helsetilsynet påpekte mangelfull utredningspraksis og mangelfull sikring av samtidig behandling av psykisk lidelse og ruslidelse. Videre ble det understreket behovet for å sikre nødvendig kompetanse og skaffe oversikt over særskilte risikoområder. (Helsetilsynet, 2019).

Undersøkelser viser at pasienter med ROP-lidelser, innlagt i norske psykiatriske døgnavdelinger, ikke får tilstrekkelig og adekvat behandling med bakgrunn i behandlingstilbudets manglende dobbeltkompetanse (Gråwe & Ruud, 2006; Helsedirektoratet, 2011). Tradisjonelt har pasienter med dobbeltdiagnoser vært kasteballer mellom rusomsorg og psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2011; Mueser et al., 2006). Det betyr ikke at alle seksjoner innen psykisk helsevern skal kunne behandle pasienter med ROP lidelser men det er en forventning om at alle skal ha en basiskunnskap.

### 2.2.3 Roller og ansvar

Ansvar	Psykisk helsevern	Psykisk helsevern/ Tverrfaglig spesialisert behandling	Tverrfaglig spesialisert behandling
Psykisk helse	Alvorlig psykisk lidelse	Mindre alvorlig psykisk lidelse	Mindre alvorlig lidelse
Ruslidelse	Alvorlig ruslidelse og mindre alvorlig ruslidelse	Mindre alvorlig ruslidelse	Alvorlig ruslidelse

Figur 1. (Kilde Helsedirektoratet, 2012., s.74)

Spesialisthelsetjenesten skal vurdere alle henvisninger om behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen 10 virkedager (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Psykisk helsevern og TSB er spesialiteter organisert i ulike behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. De har som regel separate vurderingsenheter. ROP retningslinjen beskriver hvor de forskjellige pasientene skal få sitt behandlingstilbud, vurdert ut fra alvorlighetsgrad.

Dersom pasienter med ROP lidelser skal få et helhetlig og integrert behandlingstilbud fordrer det rutiner for samordning av vurderingsteamarbeid mellom disse to spesialitetene (Helsedirektoratet, 2012). Sårbarhet for pasienter er at det kan oppstå uavklart ansvarsforhold. Pasient kan bli henvist mellom spesialitetene for tilstander som i stor grad henger sammen. Dette skillet har ført til at både utdanning, opplæring og utøvelse av behandlingen har vært forskjellig. Videre har det resultert i at to behandlingsmodeller for pasienter med samtidig ruslidelse har vært dominerende; sekvensiell og parallell behandling (Mueser et al., 2006).

#### *2.2.4 Sekvensiell behandling*

Sekvensiell behandling innebærer at pasienten får behandling for den ene lidelsen før den andre. Det vil si at en pasient henvist til spesialisthelsetjenesten, for behandling av bipolar lidelse og ruslidelse, vil kunne få tilbud om behandling for alkoholavhengigheten i TSB først. Deretter henvist til behandling i psykisk helsevern for sin bipolare lidelse. Slik praksis anerkjenner ikke interaksjonen mellom lidelsene. Lidelsene er oftest så sammenvevd at det blir kunstig å behandle dem isolert. Det eneste meningsfulle er å fokusere på alle de tilstandene som finnes hos en pasient samtidig (Mueser et al.2006). Sekvensiell behandling har vist vanskeligheter med å stabiliser den ene lidelsen dersom den andre ikke behandles samtidig. Det stilles spørsmål rundt hvilke lidelser som skal behandles først. Deretter blir det en usikkerhet om pasient i det hele tatt henvises videre. Man kan nok, med lettere lidelser, behandle det ene først, og det andre etterpå, men samtidig behandling anbefales oftest som den beste strategien (Mørland & Waal, 2016).

### *2.2.5 Parallell behandling*

Ved parallell behandling behandles den psykiske lidelsen og ruslidelsen samtidig, men av forskjellige behandlere i forskjellige behandlingssystemer; rusproblemene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og den psykiske lidelse i psykisk helsevern. (Mueser et al., 2006, s. 37). I teorien bør behandlerne forsøke å koordinere behandlingen, men ansvaret for integreringen blir oftest lagt på pasienten. Pasienten er som oftest dårlig rustet til å håndtere dette. Hen kan møte to forskjellige metodiske tilnærminger. Konfrontasjon i TSB opp mot psykiatrien, hvor emosjonell konfrontasjon kan bli sett på som potensielt skadelig (Mueser et al., 2006). Pasienter med alvorlige ROP-lidelser vil sannsynligvis ha redusert evne til å integrere de ulike behandlingsintervensjonene på egenhånd og ingen av aktørene har ansvaret for at det gis helhetlig behandling (Mueser et al., 2006).

### *2.2.6 Integrert behandling*

Integrert behandling er et konsept som er sammensatt av flere elementer. For det første skal behandlingen være integrert, det vil si at ruslidelse og den psykiske lidelsen skal behandles samtidig, av behandlere i samme team, som alle bruker samme behandlingsprogram. Behandlingen innebærer også vurdering og behandling av mulige somatiske helseplager. En somatisk syk kropp gir negativ påvirkning på den psykiske helsen (Lien & Lie, 2022).

Integrert behandling kan eliminere mange av ulempene med tradisjonelt sekvensielle og parallelle tilnærminger. Organisasjonsmessige og administrative feilvurderinger reduseres når behandling av samtidig lidelse gis av samme team (Mueser et al., 2006). Viktige komponenter i integrert behandling er: integrerte tjenester, reduisering av negative konsekvenser, motivasjonsbasert behandling og tilgang til psykoterapeutiske behandlingsmetoder samt tilbud om langvarig oppfølging (Mueser et al., 2006). Behandlingen skal gis fra et tverrfaglig behandlingsteam og belastningen av koordinasjonen skal bæres av hjelpeapparatet og ikke av pasient eller pårørende (Lien & Lie, 2022).

### *2.2.7 Stadiebasert behandling*

I arbeidet med pasienter med ruslidelser må en være observant på pasientens motivasjon for endring og inkludere dette i utarbeidelsen av



behandlingsstrategien. Behandlingsstadier er; engasjement, overtalelse, aktiv behandling og tilbakefallsforebygging. Pasientens motivasjon vil være førende for utarbeidelsen av målene i behandlingsplanen. (Muser et al., 2006, s. 45).

### **2.3 Problemstilling og hovedhypotese**

Jeg har gjennom litteraturgjennomgang beskrevet rusbehandlingens historie for å vise til hvordan tilbudet til denne pasientgruppen har endret seg. Fra å bli ansett som et sosialt problem til å bli en egen spesialitet i spesialisthelsetjenesten (TSB). Både psykisk helsevern og TSB har ansvar for å behandle pasienter med ruslidelse og ROP lidelser (Helsedirektoratet, 2012) ROP retningslinjen har gitt føringer for ansvarsfordeling mellom disse (Helsedirektoratet 2012). I praksis er det fortsatt uavklart ansvarsforhold mellom de to spesialitetene som kan føre til dårlig behandling for den enkelte pasienten. Tilsyn utført i psykiatriske poliklinikker i 2017-18 gir en slik beskrivelse (Helsetilsynet, 2019).

Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark har ansvaret for å gi rusbehandling både ut fra psykisk helsevernloven og lov om tverrfaglig spesialisert rusbehandling. De seksjoner som har blitt inkludert i denne undersøkelsen tilhører psykisk helsevern. Seksjonene ble intervjuet ut fra intervjuguiden i DDCMHT og gitt individuelle skår. Denne rapporten ser på alle de 12 seksjonenes samlede skår. Dette gjør at det er forventet stor spredning i skårene, da de forskjellige seksjonenes mandat har stor variasjon både i forhold til oppgaver og pasientgrunnlag. Enkelte seksjoner har ikke ROP pasienter i sitt mandat, mens andre seksjoner har dette. Det vil allikevel være nyttig å se på den totale skåren da alle seksjoner bør ha basiskunnskap til bl.a. å avdekke rusproblematikk, samt kartlegge og sikre videre oppfølging av begge lidelser.

Min foreløpige problemstilling handlet om hvorvidt psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark tilbyr integrert rusbehandling. Min problemstillingen og hovedhypotese blir:

RQ: Har psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark et adekvat tilbud om rusbehandling i henhold til DDCMHT?

Hovedhypotese (H<sub>H</sub>)

Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark har adekvat tilbud om rusbehandling i henhold til DDCMHT.

For å kunne svare på problemstillingen er det nødvendig å gå inn i de 7 forskjellige hoveddimensjoner i undersøkelsen som beskriver komponenter i rusbehandling; Programmets struktur, programmets miljø, vurdering, behandling, kontinuitet i behandlingen, fagkompetanse og opplæring.

Totalskåren for klinikken bør være over tre, som viser til samlet kompetanse for å behandle både den psykiske lidelsen og ruslidelsen samtidig (Brown, et al., 2011).

## ***2.4 Underhypoteser***

### *2.4.1. Programmets struktur*

I denne delen evalueres hvordan seksjonen er organisert og mandatet. Beskrivelsen på nettstedet, interndokumenter og inntaksinformasjon gjennomgås. Videre etterspørres samarbeid med tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Integrering av rusbehandling i et eksisterende program fordrer at det fremkommer i seksjonens navn og mandat, at rusbehandling tilbys (Muser et al., 2006).

I lys av dette fremsettes følgende underhypotese:

H<sub>1</sub> Psykiatrisk klinikk er organisert på en slik måte at det styrker muligheten til å kunne tilby god rusbehandling

### *2.4.2 Programmets miljø*

Programmets miljø evaluerer hvordan pasienter med ruslidelser blir møtt, både gjennom personalets holdninger, rutiner og regler. Videre ses det på om det er et inkluderende behandlingsmiljø for samtidige lidelser.

Det å ha rusproblemer kan gi følelse av skyld og skam. Det å ikke ha kontroll over alkoholbruk kan oppfattes som ikke å ha kontroll over eget liv. Frykten for å bli stemplet som alkoholiker kan være stor. Det er fremdeles slik at rusbruk blir sett på som en moralsk tilstand (Lien & Lie, 2022). Normalforventning i samfunnet er at vi har kontroll over bruken, og at vi kun bruker rusmidler som er sosialt akseptert (Mørland & Waal, 2016). Mange pasienter kan skjule sitt bruk, eller bagatellisere bruken i frykt for å bli sett på ned på eller å bli avvist i behandling (Mørland & Waal, 2016).

Videre undersøkes om seksjonene har tilgjengelig selvhjelps litteratur og om selvhjelps litteratur omhandler både psykisk lidelse, ruslidelse og samtidig lidelser. Undersøkelse gjøres gjennom fokusgruppeintervju, samtale med leder og observasjon av behandlingsmiljøet.

De overnevnte forhold tatt i betraktning, fremsettes denne underhypotesen:

H<sub>2</sub> Behandlingsprogrammet er inkluderende for pasienter med både rus og psykiske lidelser

#### *2.4.3 Klinisk prosess: Vurdering*

I denne delen av undersøkelsen evalueres det om behandlingsprogrammet har rutiner for screening, kartlegging og diagnostisering av ruslidelser. Videre undersøkes seksjonens aksept for ustabile brukere, kartlegging av funksjon og om det utføres stadiebaserte vurderinger.

Behandlingsprogrammer som forventer og behandler pasienter med samtidige lidelser, bør ha etablerte rutiner for screening, kartlegging og diagnostisering av ruslidelser. Screening er enkle tester, enten ved bruk av standardiserte spørsmål eller verktøy for spørsmål, eller biologiske markører for påvisning (Muser et al., 2006). Målsetting er å stadfeste eller eliminere om det er samtidige lidelser og bruke resultatene i utarbeidelsen av en behandlingsplan (Muser e. al 2006). Videre bør det utarbeides en funksjonsbeskrivelse, som beskriver rusens funksjon, påvirkning på psykiske symptomer, fysisk helse og sosial fungering og destruktiv adferd. I tillegg må det være en grundig kartlegging av selve rusbruken.

Funksjonsanalysen vil utvikle en dybdeforståelse for klientens aktuelle situasjon (Muser e. al 2006). Det bør også undersøkes hvilke tanker pasient har i forhold til å endre eller å avslutte sitt rusbruk. Mange som bruker rusmidler er ambivalente til å slutte. Mange pasienter har liten tro på egne ressurser og evne til endring. Andre ser ikke det problematiske med fortsatt rusbruk. (Helsedirektoratet, 2012). Undersøkes ikke dette kan behandlingstiltak virke mot sin hensikt og motstand fra pasient kan øke (Lien & Lie, 2022).

I lys av dette fremsettes følgende underhypotese:

H<sub>3</sub> Behandlingsprogrammet screener, kartlegger og diagnostiserer ruslidelser. Videre kartlegges destruktiv atferd, funksjonsnivå og det gjøres stadiebaserte vurderinger.

#### 2.4.4 Behandling

I denne delen av undersøkelsen evalueres det om seksjonene utarbeider behandlingsplaner, om ruslidelsen overvåkes og behandling tilpasses ut fra stadietenkning. Videre ses det på om samspill mellom lidelsene vurderes. Rutiner for tilbakefall, overdoser, abstinenser undersøkes. Tilbys det spesialisert rusbehandling; individuell behandling, gruppebehandling, recovery fokus, tilbakefallsforebygging, og om det knyttes kontakt med selvhjelpsgrupper?

I utarbeidelse av behandlingsplaner brukes all informasjon innhentet i utredningen. Behandlingsplanlegging bør hensynta presserende behov, motivasjon for endring, konkrete målsettinger, bestemte intervensjoner for å oppnå målene og evaluering av tiltakene (Muser et al., 2006). Det anbefales at behandlingsprogrammet bistår pasienter og pårørende til å få kontakt med selvhjelpsgrupper, enten ved å ha en erfaringskonsulent ansatt eller andre med dette som oppgave. Pasienter som både er i aktiv behandling eller i tilbakefallsforebygging opplever slike grupper som hjelpsomme, støttende og stabiliserende (Muser et al., 2006). Pasienter med ruslidelser er også sårbare i forhold til brudd med familie og nettverk grunnet problematisk atferd. Behandlere bør inkludere pårørende i behandlingen (Lien & Lie, 2022)

I lys av dette fremsettes følgende underhypotese:

H4 Behandlingsprogrammet tilbyr spesialisert og stadiebasert behandling

I denne delen av undersøkelsen evalueres tidsperspektiv i behandlingen, på hvilke måter utskrivelse planlegges og hvordan oppfølging og overføring til annen behandling organiseres.

Pasienter med ruslidelser og samtidig ruslidelser er som oftest i behov av samtidig langvarige tjenester. Pasientgruppen har høyere risiko for somatiske helseutfordringer, levekårsutfordringer, selvmord, vold, overgrep og tidlig død (Lien & Lie, 2022). Uenighet om ansvarsforhold kan føre til at pasienten ikke får adekvat videre behandling. Denne gruppen er ofte i behov av langvarig oppfølging med klargjort ansvarsforhold, og hvor det er utarbeidet mestringsplaner og kriseplaner i samråd med pasient (Helsedirektoratet, 2012).

Det anbefales at det legges til rette for pasienten skal få integrerte tjenester og at videre samhandling er regulert gjennom samhandlingsavtaler, ansvarsgruppemøter og eventuelt oppsøkende arbeid (Lien & Lie, 2022). I vurderingen av avslutning eller overføring av behandlingen må pasients eget ønske og vurdering av egen bedring og tilfriskningsprosess (recovery) hensyntas (Lien & Lie, 2022).

I lys av dette fremsettes følgende underhypotese:

H<sub>5</sub> Begge lidelsene er tatt hensyn til og beskrevet i behandlingsplaner ved utskrivelse av behandlingsprogrammet

#### *2.4.6 Personal*

For å kunne yte gode tjenester må ansatte i tjenesten har nødvendig kompetanse. I denne delen av undersøkelsen evalueres ansattes kompetanse i rusproblematikk. Dersom denne kompetansen ikke er tilstede er det ledelsen sitt ansvar å tilrettelegge for utdanning og veiledning (Helsetilsynet, 2019). Videre undersøkes hvordan seksjonene jobber med kvalitetssikring av behandling.

Det bør være en klar forventning om at alle behandlere har kunnskaper om vurdering og behandling av ruslidelser; den øverste ledelse må ta ansvar for planlegging, mellomledere må sørge for å etablere prosedyrer for opplæring, veiledning og kvalitetssikring, og medisinske ledere må forsikre seg om at også legene får de nødvendige ferdighetene (Gotham et al., 2010).

I lys av dette fremsettes følgende underhypotese:

H<sub>6</sub> Personalet har adekvat kompetanse og utdanning i avhengighet

#### *2.4.7 Opplæring*

I denne delen undersøkes det om det er utarbeidet kompetanseplaner og opplæring i problematikken rus og psykisk lidelse. Mange ansatte har erfaring fra enten rusfeltet eller fra psykiatrien, og derfor må opplæring av dobbeltdiagnoser stå sentralt. Alle behandlere bør få opplæring i å vurdere ruslidelser hos pasienter samt grunnleggende behandlingsprinsipper (Muser et al., 2006).

I lys av dette fremsettes følgende hypotese:

H7 Psykiatrisk klinikk har kompetanseplaner og opplæringsplaner av personell i problematikken rus og psykisk lidelse

### 3 METODE

I dette kapittelet presenterer jeg min metodiske tilnærming, metode for innsamling og analyse av data og utvalg av informanter. Avslutningsvis redegjør jeg for undersøkelsens validitet, reliabilitet og vurderinger.

#### 3.1 Metodevalg

I samfunnsvitenskapelige forskningsmetoder skiller man primært mellom kvalitative og kvantitative metode. Forskjellen mellom dem er hovedsakelig knyttet til hvordan data blir innsamlet og analysert. Kvalitative undersøkelser bruker metoder som deltagende observasjoner, ustrukturerte intervjuer og tekstanalyse (Grennes, 2012 s. 136). Denne oppgaven er basert på hypotetisk-deduktiv metode. Dette fordi den tar utgangspunkt i hypoteser bygget på eksisterende teori som videre testes gjennom datainnsamling og analyse. Gjennom kvalitativ metode vil informantene få mulighet til beskrive deres meninger og holdninger. Vi vil kunne få verdifull innsikt om de faktiske forhold (Grennes, 2012). Videre gjennom analyse og tolkning av empiriske data fra intervjuene kan vi finne støtte eller falsifisering av hypotesene (Grennes, 2012). Vi kunne ha valgt en kvantitativ metode for å få innsamlet data fra et større antall informanter, men da ville vi ikke fått mulighet til å få utvidet perspektivet og forståelsen rundt problemstillingen gjennom dialog, eller stille oppklarende spørsmål.

Vi har valgt å bruke semistrukturerte intervjuer i innhenting av data. Det gjør at intervjuobjektene får mer ansvar for å tolke og svare opp spørsmålene ut fra egen forståelse og det gi mulighet for å stille mer åpne spørsmål. Intervjueren legger ikke sterke føringer med ledende spørsmål (Grennes, 2012).

Semistrukturerte intervjuer tilbyr dessuten en nyttig kombinasjon av retning og handlefrihet i intervjusituasjonen (Grennes, 2013, s. 157). Semistrukturerte intervjuer gir også en læringsprosess for de som intervjues, noe som kan øke kvaliteten på intervjuet for hvert gjennomført intervju. Svakheter er at en struktur

kan i noen grad binde informantene og intervjueren blir mindre fremtredende i deduktiv sammenheng. En annen ulempe er at informanter kan svare uten at svarenes korrekthet kan kontrolleres (Grennes, 2013).

### **3.2 Målgruppen for undersøkelsen**

Målgruppen for kartleggingen var alle seksjoner ved Psykiatrisk klinikk. Det er 821 ansatte ved klinikk fordelt på 569 årsverk. Det er ansatt (i årsverk); 58 leger, 180 sykepleiere, 8 sosionomer, 45 vernepleiere, 48 psykologer og 120 ansatte med annen fagbakgrunn. Klinikken er delt opp i fire avdelinger med totalt 19 seksjoner. Klinikken oppgave er å gi befolkningen i Telemark et godt behandlingstilbud innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Klinikken gir spesialisert behandlingstilbud innenfor retts- og sikkerhetspsykiatri, allmennpsykiatri, akuttpsykiatri, alderspsykiatri, TSB og ungdomspsykiatri (døgnbehandling). Klinikken tilbyr både poliklinisk behandling og døgnbehandling. I 2022 ble det gjennomført 52 123 polikliniske konsultasjoner. Det var 36 881 liggedøgn ved klinikkens sengeposter. Cirka 21% av disse pasientene hadde rus som hoved- eller bidiagnose.

### **3.3 Utvalg**

Analytisk statistikk handler om å kunne trekke slutninger om mange, basert på undersøkelse av færre (Grennes, 2013). For å få gjennomført undersøkelsen innenfor tidsfrist for prosjektoppgaven ble 12 fokusgruppeintervjuer inkludert i oppgaven. Det er planlagt at de resterende 7 seksjoner skal intervjues og inkluderes senere. De seksjonene som ble inkludert i prosjektoppgaven representerte allmennpsykiatri, alderspsykiatri, akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, psyko-sepoliklinikk og psyko-se døgnbehandling. Fire av seksjonene var poliklinikker og åtte var sengeposter.

### **3.4 DDCMHT**

Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) ble utviklet i 2004. DDCMHT er en parallell versjon av DDCAT utviklet for rusbehandlingsenheter. Begge baserer seg på the American Society of Addiction Medicine (ASAM) sin kategorisering av behandlingsenheter i: Addiction Only Services, Dual Diagnoses Capable og Dual Diagnosis Enhanced (McGovern et al.

2007). DDCMHT ble først utviklet og testet av Heather Gotham (2010), og i den første utgaven var det inkludert ledd hentet fra Integrated Dual Disorder Treatment Fidelity Scale (Mueser et.al. 2006). IDDT fokuserer på ambulante team (ACT) som har spesialisert seg på pasienter med rusproblemer. IDDT har vært betraktet som en gullstandard for å måle implementering av integrert behandling, men passer ikke like godt til psykisk helsevern i sin helhet.

DDCMHT er utviklet for å evaluere rus og psykiatri (ROP) kompetanse både innen offentlig og privat sektor, og kan beskrive ROP kompetanse på flere nivåer (enhet, helseforetak, region). Målsetting for måleverktøyet er å evaluere, for videre å kunne sette inn kvalitetsforbedrende tiltak. Målingene baserer seg på observasjoner, gjennomgang av journaler, retningslinjer og prosedyrer, fokusgruppeintervju med behandlere og intervju med leder på hvert behandlingssted. Disse data benyttes til å fastsette endelige skår på 35 benchmarks. Disse er knyttet til 7 måleskalaer på følgende kompetanseområder: 1) Programmets struktur og miljø, 2) Programmets miljø, 3) Vurdering/kartlegging, 4) Behandling, 5) Behandlingskontinuitet, 6) Fagkompetanse, 7) Opplæring.

Alle de 35 benchmarks blir skåret på en skala fra 1 til 5, hvor 5 reflekterer den høyeste behandlingskompetanse på dobbeltdiagnose behandling og best praksis (Gotham et al., 2009). Det gis en samlet skår på alle de 7 måleskalaene.

- Skår 1: Mental Health Only Services (MHOS): Seksjonen har kun kompetanse på psykiske lidelser. Disse behandlingsethene passer best for personer med primært psykisk lidelse som har ingen eller minimale rusproblemer.
- Skår 3: Dual Diagnosis Capability (DDC): Disse seksjonene har kompetanse til å behandle personer med samtidige psykiske lidelser hvor rusproblemer er relativt stabile og ikke så alvorlige.
- Skår 5: Dual Diagnosis Enhanced (DDE): Forsterket ROP behandlingskompetanse. Disse enhetene kan hjelpe personer med ulike grader av psykopatologi og omfattende rusrelaterte problemer, inkludert dobbeltdiagnosepasienter.



### **3.4 Validitet og reliabilitet**

Validitet handler om hvorvidt man har greid å måle det man faktisk forsøker å måle. Kan man deretter trekke gyldige eller mer generelle slutninger basert på de resultatene som har fremkommet (Grennes, 2012, s. 224). Brown and Comaty (2007) fant akseptabel interraterreliabilitet ( $N = 533$ ;  $ICC = .83$ ) ved bruk av 3 ratere. I denne undersøkelsen vil alle ledd skåres uavhengig av 2 ratere slik at interraterreliabilitet kan beregnes. Gotham et al. (2010) beregnet indre konsistens for hver av de syv dimensjonene (Cronbach's Alfa = .61 - .81) Konstruktvaliditet er demonstrert gjennom positiv korrelasjon med IDDT ( $r = .7$ ; Gotham, Brown, Comaty, McGovern, & Claus, 2009). I vår undersøkelse skåret de to raterne først uavhengig av hverandre og diskuterte seg deretter til enighet.

### **3.5 Gjennomføring**

I gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene og i analyseringen av resultatene deltok en kollega av meg, ansatt i fagavdelingen i Psykiatrisk klinikk sammen med meg.

De fleste seksjoner ved psykiatrisk klinikk gjennomførte undersøkelsen i 2009 og i 2012. Før den tredje undersøkelsen fikk alle seksjonsledere tilsendt informasjon om hvordan intervjuet skulle gjennomføres, hvem faggrupper som skulle delta i intervjuet, og de fikk utsendt den samlede rapport fra undersøkelsen i 2012. I denne analysen har jeg valgt å begrense datagrunnlaget til å omhandle undersøkelsen nå i 2023 uten å gå inn i resultater fra de to tidligere undersøkelsene. Dette fordi min problemstilling retter seg mot å undersøke dagens situasjon. Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju på ca. 1,5 timer.

Fokusgruppen var tverrfaglig sammensatt. Spørremanualen til DDCMHT ble brukt. I etterkant av intervjuet ble seksjonsleder intervjuet. Skriftlig materiell ble gjennomgått (prosedyrer, rutiner, informasjonsmateriell etc.).

### **3.6 Dataanalyse**

Grennes beskriver at målsetting i all dataanalyse er å lage orden og oversikt i datamateriale (2012, s. 173). Sortering kan gjøres på flere måter. I denne analysen ble Statistical Package for Social Sciences (SPSS) brukt. Vi brukte Pivot Table

Descriptive Statistics i systematiseringen av våre data. Programmet bistod oss i å få orden, oversikt og struktur (Grennes, 2012).

### **3.7 Metodiske svakheter**

Rusprosjektet ved STHF oversatte måleverktøyet DDCMHT til norsk i 2009. Da måleverktøyet aldri har vært validert for norske forhold kan vi ikke se bort fra at systemforskjeller mellom USA og Norge kan redusere verktøyets validitets i norsk kontekst. Det ble fjernet to målepunkter som omhandlet sertifisering, lisenser og finansiering som ikke var tilpasset Norske forhold. Videre ble tre ledd fjernet fordi det var vanskelig å definere dem konsist nok til at en differensiert skåring var sannsynlig. Det finnes ikke noen differensiert vektning av de 35 ulike behandlingsmålpointene for deres ulike betydning for behandlingsutfallet, noe som anses å være en svakhet (McGovern et al., 2007). En annen svakhet er at det ikke ble innhentet informasjon fra pasienter eller samarbeidspartnere, disse kunne ha kommet med tilbakemeldinger som hadde påvirket resultatene. Vi valgte å ikke gå inn i journal for å unngå melde undersøkelsen til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. I stedet ble behandlere intervjuet om hva som var dokumentert i journalene. I gjennomføringen av de 2 første intervjurundene i 2009 og 2012 var det de to samme ratere, ved den 3 runden ble en annen kollega inkludert i gjennomføringen. Dette kan påvirke intertaterreliabiliteten. U.t har også endret arbeidsforhold fra å jobbe som prosjektmedarbeider til seksjonsleder. I nåværende jobb er jeg mye inne i pasientjournaler og har gjennom dette annen kunnskap om hvordan de forskjellige seksjoner dokumenterer sitt arbeid. Dette vil påvirke min forståelsessituasjon i utarbeidelse av skår, da jeg trolig har dannet meg en oppfattelse av deres arbeid, allerede før intervjuet, og forhindrer meg i å ha en kritisk distanse til informantenes fremstillinger.

## **4 Resultat og drøfting**

I denne delen av oppgaven vil jeg prøve ut hypotesene i lys av empirien som er brukt gjennom å gå igjennom de samlede resultatene fra fokusgruppeintervjuene. Målsetting blir å se om klinisk praksis samstemmer med de faglige føringer som bl.a. ROP retningslinjen og DDCMHT gir for god praksis. Analyseringen av datamaterialet kan gi støtte for deler av, eller alle underhypotesene. Det trekkes en

delkonklusjon under analysen av hver underhypotese. Ved slutten av oppgaven presenteres samlet konklusjon ut fra hele hypotesesettet.

#### 4.1 H1 Programmets struktur

H1 Psykiatrisk klinikk er organisert på en slik måte at det styrker muligheten til å kunne tilby god rusbehandling

	Descriptive Statistics				
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Mandat	12	2	5	3,58	1,084
Samarbeid	12	2	5	3,17	,937
Valid N (listwise)	12				

##### 4.1.2 Mandat

Gjennomsnittskår for mandat er 3,58. Alle seksjonene identifiserte i intervjuene at deres mandat innebar å tilby behandling til pasienter med samtidige ruslidelser. To av seksjonene vektla at deres primær oppgave var å behandle psykiske lidelser, men dersom ruslidelsen var stabil kunne pasient få tilbud om behandling for den psykiske lidelsen. De 10 andre seksjonenes beskrivelse av deres mandater inkluderte pasienter med ruslidelser, med alvorlighetsgrad fra lettere ruslidelser til ROP lidelser. Ved gjennomgang av skriftlig materiell og seksjonenes internettsider fremkom det lite om deres tilbud om rusbehandling. Kun en seksjon hadde i sitt mandat at de forventet ruslidelser og kun en seksjon beskrev at de forventet ROP pasienter.

*«For 10 år siden hadde ca. 1 av 10 innlagte pasienter samtidig ruslidelser, i dag forventer vi at 9 av 10 pasienter har samtidig ruslidelser»*

*- Ansatt lukket psykiatrisk sengepost*

Dagens fordeling av behandlingsansvar gir psykisk helsevern hovedansvaret for behandlingen av personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Dette inkluderer både de som har mindre alvorlige ruslidelser og de som har alvorlige ruslidelser (Helsedirektoratet, 2012). Da pasienter med rusproblematikk er en stor

det av pasientgruppen i psykiatrien, burde dette også fremkomme tydelig i beskrivelse av behandlingstilbud og ledelsesforankring (Helsetilsynet, 2019).

#### *4.1.3 Samarbeid*

Gjennomsnittskår for samarbeid er 3,17. Psykiatrisk klinikk har retningslinjer for overføring av pasienter til andre seksjoner. Seksjonene var orientert om og brukte disse retningslinjene. Pasientene ble fulgt opp i seksjonen frem til overføring ble iverksatt. Tre av seksjonene hadde daglige samarbeidsmøter med personell fra TSB og tre av seksjonene gav integrert rusbehandling selv.

*«Daglige møter med ansatte fra TSB gjør det lettere å kunne drøfte mulige overføringer av pasienter»*

*- Ansatt lukket psykiatrisk sengepost*

Samlet skår under integrert behandling viser til at seksjonen i stor grad tilrettelegger for sekvensiell behandling av pasienter. Pasienter som har ruslidelser og psykiske lidelser er en sårbar gruppe, og sårbarheten kan forsterkes ved mangelfull koordinering, samhandling og kontinuitet i behandlingen. Et avdekt alkoholproblem kan føre til at pasientens behandling avbrytes og behandlingsansvaret overføres til andre (Helsetilsynet, 2019).

#### *4.1.4 H1 Delkonklusjon*

Gjennomsnitt skår for de to kompetanseområdene mandat og samarbeid er 3,45. Seksjonene sier at de har i sitt mandat at de skal gi et behandlingstilbud til pasienter med samtidig ruslidelser. Videre beskrives rutiner for samarbeid med personell fra TSB. Intensjonen er som oftest å overføre pasient, eller at personell fra TSB skal ta ansvaret for oppfølging av ruslidelsen. Pasienten tilbys derfor i stor grad enten parallell eller sekvensiell behandling. Kun tre av seksjonene definerte at de gir integrert behandling.

På bakgrunn av empiri og resultatet av skår i den første måleskalaen finner vi støtte i hypotesen om at Psykiatrisk klinikk er organisert på en slik måte at det styrker muligheten til å kunne tilby god rusbehandling.

Samtidig er det vesentlig å trekke frem at kun to av seksjonene definerer i sitt mandat at de tilbyr integrert behandling.

#### 4.2 H<sub>2</sub> Programmetts miljø

H<sub>2</sub> Behandlingsprogrammet er inkluderende for pasienter med både rus og psykiske lidelser.

	Descriptive Statistics				
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Holdninger	12	2	5	3,50	,905
Litteratur	12	1	5	2,08	1,379
Valid N (listwise)	12				

##### 4.2.1 Holdninger

Gjennomsnittsskår for holdninger er 3,5. I intervjuene fremkommer det tydelig at pasienter med ruslidelser er en akseptert pasientgruppe i behandlingsmiljøet. Variasjonen hos de forskjellige seksjonene består i hvilken grad pasienter som aktivt bruker rusmidler kan inkluderes i behandlingstilbudet. To av seksjonene kan i liten grad ivareta pasienter som bruker rusmidler og tre av seksjonene kan ivareta pasienter som primært er stabile. Seks av seksjonene sier de kan inkludere pasienter som aktivt bruker rusmidler og som er i kategorien ROP pasienter. Ingen av seksjonene vil avslutte behandlingstilbudet dersom pasienten har et tilbakefall til rusmidler under behandlingsforløpet. Ved vedvarende bruk vil de fleste seksjoner vurdere å avslutte behandlingsforløpet eller overføre pasient til annen behandling. En av døgnsseksjonene hadde skriftlig avtale med pasient om ikke bruk av rusmidler under innleggelsen. Sju av seksjonene vil kunne fortsette behandlingen av ustabile ROP pasienter.

*«Vi ivaretar alle pasienter i akutt krise som er i behov av lukket dør og det forventes at pasienter har en samtidig ruslidelse»*

Nesten alle seksjonene har tanker om at de jobber med rus, men har ingen aktiv holdning til metodevalg. Rus tematiseres ikke dersom pasienten selv ikke tar opp problemstillingen. I henhold til Mørland & Waal (2016) vil seksjonens forventning til avhold skape et behov for å bagatellisere rusproblemet. En sterk ledelse er avgjørende for å oppnå et effektivt program der leder må ha satt seg som mål for å integrere rusbehandling i seksjonen (Muser et al., 2006).

#### *4.2.1 Litteratur*

Gjennomsnittskår for selvhjelpslitteratur er 2,08. Selvhjelpslitteratur var i liten grad tilgjengelig på de forskjellige seksjonene. To av seksjonene utmerket seg ved at de delte ut litteratur for både ruslidelse og den psykiske lidelsen. Flere av seksjonene informerte om at det ikke er fokus på å ha selvhjelpslitteratur tilgjengelig, at mye ble fjernet under pandemien og har ikke blitt tilbakeført eller oppdatert.

Tilgjengelig litteratur fremvist i behandlingslokaler kan bistå i å redusere stigma mot at rusproblematikk ikke er aktuelt tematikk i behandlingen (Lien & Lie, 2022)

#### *4.2.3 H2 Delkonklusjon*

Gjennomsnittskår for de to kompetanseområdene holdninger og selvhjelpslitteratur er 2,8. Seksjonene fremviser rutiner og holdninger hvor det fremgår at de aksepterer rusproblematikk. De beskriver å ha tilgjengelig selvhjelpslitteratur, men det er stor variasjon mellom seksjonene.

I denne måleskalaen kommer svakheten ved DDCMHT fram, ved at personalets holdninger vektlegges like mye som selvhjelpslitteratur. Opplevelse av avvisning og negative holdninger fra ansatte kan medføre at pasienten trekker seg fra behandlingen (Lossius, 2011).

På bakgrunn av empiri og resultatet av skår i den første måleskalaen finner vi ikke støtte i hypotesen om at Psykiatrisk klinikk er inkluderende for både pasienter med rus og psykisk lidelser

### 4.3.1 H3 Klinisk prosess: Vurdering

H3 Behandlingsprogrammet screener, kartlegger, diagnostiserer ruslidelser. Videre kartlegges destruktiv atferd, funksjonsnivå og det gjøres stadiebaserte vurderinger.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Screening	12	2	5	4,08	,996
Kartlegging	12	2	5	3,25	1,215
Diagnose	12	2	5	3,50	1,000
Destruktiv adferd	12	3	5	3,75	,866
Funksjonsvurdering	12	3	5	3,92	,669
Stadiebesert vurdering	12	1	3	1,92	,669
Valid N (listwise)	12				

### 4.3.2 Screening

Gjennomsnittlig for screening er 4,08. Alle seksjonene spør pasientene ved inntakssamtalen om deres forhold til rusmidler. Det er et standardisert spørsmål i alle inntaksmaler. Tre av seksjonene gav uttrykk for at det var klinikeravhengig hvordan dette ble utført. Kjente pasienter uten rusproblematikk blir ikke systematisk screenet ved alle seksjoner. Fem av seksjonene brukte standardiserte screeningsverktøy som AUDIT og DUDIT.

*«Alle pasienter blir spurt om rusbruk, da dette er relevant, både i forhold til bakgrunnen for innleggelsen og for vurderingen av behandlingsbehovet pasienten vil ha videre»*

*-Ansatt akuttseksjon*

De fleste mennesker som har en psykisk lidelse, har enten brukt rusmidler selv eller har familie med rusproblemer (Lien & Lie 2022). Disse kan ha blitt møtt med fordommer og fordømmelse. De som søker behandling kan frykte sanksjoner dersom de forteller om sine problemer. Det kan være seg førerkort, barnevern, arbeid og ytelser. Samtidig er det viktig å få tak i pasientens forhold til rusmidler,

da sårbarheten for problemutvikling er stor. Screening har som intensjon å avdekke om det er en relevant problemstilling (Muser et al., 2004).

Manglende systematikk ved enkelte seksjoner kan medføre at problematisk forhold til rus ikke blir avdekket. Dette kan gi konsekvenser for det videre behandlingstilbudet (Helsetilsynet 2019).

#### 4.3.3 Kartlegging

Gjennomsnittskår for kartlegging er 3,25. Ved positiv screening for rusbruk fremkommer det stor variasjon i hvordan videre ruskartlegging utføres. Tre av seksjonene hadde kompetanse på høyeste nivå. Det fremkom god kompetanse på kartlegging av både ruslidelse og psykisk lidelse, og det ble brukt standardiserte verktøy i kartleggingen. Resultatene ble godt dokumentert i journal. Flere av seksjonene brukte også biologiske markører i kartlegging av rusbruk som urinprøver, spyttprøver og/eller blodprøver.

En av informantene uttrykte at *«det gjøres systematisk videre kartlegging da rusbruken i stor grad påvirker voldsrisikovurderingen»* hvorav en annen informant uttrykte at *«det forventes at dette er kartlagt tidligere og finnes i journal. Det gjøres dersom pasient ønsker å ta opp dette som tematikk i behandlingen»*.

Kartlegging forventes å være en detaljert innhenting av informasjon om bruk av type rusmidler, inntaksmåte, mengde, utvikling av bruk, risikoatferd, konsekvenser og egne tanker om bruk. En god ruskartlegging forutsetter at behandler har kunnskap om bruk av rusmidler og spør pasienten på en åpen og ikkedømmende måte, uten å moralisere (Lien & Lie 2022). Videre utredning må gjøres systematisk, for å få oversikt over problemets alvorlighetsgrad (Helsetilsynet, 2019).

Den store variasjonen som fremkommer i klinikken, gir grunnlag for å tro at ikke alle pasienter får avdekket alvorlighetsgraden i sitt rusproblem. Dette korrelerer med resultatet i tilsynsrapporten fra helsetilsynet (Helsetilsynet, 2019).



#### 4.3.4 Diagnostisering

Gjennomsnittskår for diagnose er 3,5. Det var stor spredning i skårene for diagnostisering, der en seksjon skåret 2 og tre seksjoner skåret 5.

Tilbakemeldingene fra intervjuobjektene gikk fra «*har ikke vært behov for å sette rusdiagnose på innlagt pasient da diagnoser er avklart på forhånd*» til «*rusdiagnoser vurderes og settes og ikke bare i de alvorlige tilfellene*». Sju av seksjonene foreller at de systematisk setter rusdiagnoser der det er aktuelt, men at rammer og mandat vanskeliggjør mulighetene til å gjøre grundig kartlegging.

Differensialdiagnostisering er viktig for å kunne vite hva som skal behandles og hvordan. Dette er omfattende arbeid som krever kunnskap både om samsykelighet og rusens funksjon. Rusbruk er ofte en del av et større sykdomsbilde og for ROP pasienter vil god diagnostikk bidra til å optimalisere behandlingen (Muser el al., 2006). Manglede rusdiagnoser kan i noen grad ses i sammenheng med at det er mangelfull kompetanse på screening og kartlegging (Helsetilsynet, 2019).

#### 4.3.5 Destruktiv atferd

Destruktiv atferd har gjennomsnittskår på 3,75. Alle seksjoner utfører kartlegging av selvmordsrisiko og voldsrisiko. Vurdering av overdosefare blir i liten grad utført. Seks av seksjonene skårer fire eller fem, noe som indikerer at de håndterer ustabile pasienter som samtidig ikke klarer å avstå fra å bruke rusmidler.

*«Grensen går ved utagerende voldsbruk. Da må vi ha hjelp fra sikkerhetsavdelingen ved depot»*

- *Ansatt poliklinikk*

Psykiatrien har lang tradisjon på å håndtere pasienter med destruktiv atferd. Når rusen blir det dominerende, skaper dette en usikkerhet om hvor pasienten skal få sitt behandlingstilbud. Hyppige, kortvarige innleggelser kjennetegner pasientgruppen. De blir akutt innlagt i ruset tilstand, hvor farligheten er høy, og dette vanskeliggjør screening og kartlegging. De skriver seg ut etter få dager og ønsker sjelden videre behandlingstilbud (Evjen et al., 2007).

#### 4.3.6 Funksjonsvurdering

Funksjonsvurdering har gjennomsnitt på 3,92. Pasienter med lav funksjonsnivå aksepteres inn i alle seksjonene. To av seksjonene fikk topp skår fordi de gjennomfører kartlegging av rusproblematikken. I psykiatrien er det lang tradisjon for å kartlegge og håndtere pasienter med funksjonssvikt på de fleste livsområder. Få av seksjonene kartlegger rusens funksjon. Dette gjør at forståelsen av sammenhengen mellom den psykiske lidelsen og rusbruken blir redusert. Muser sier at målsetting ved funksjonsanalyse er å få en helhetlig oversikt over viktige livsområder som bolig, økonomi og nettverk, og å innhente spesifikk informasjon om rusatferd (2006). Å innhente grundig kunnskap om rusens funksjon er viktig i utarbeidelse av en funksjonsanalyse (Muser et al., 2006)

#### 4.3.7 Stadiebasert vurdering

Stadiebasert vurdering har gjennomsnittskår på 1,92. Det fremkommer i intervjuene at det i liten grad gjøres stadiebaserte vurderinger av klientens motivasjon i kartleggingen. Flere av informantene beskriver at de tidligere har hatt opplæring i metodikk som motiverende intervju. En av informantene uttalte «*dette ikke er satt i system og vi bruker ikke begrepene*». Enkelte seksjoner har behandlere med erfaring og kunnskap om metodikken som bruker kunnskapen inn i vurderingsprosessen.

Stadiebaserte vurderinger og bruk av motiverende intervju har lang tradisjon i tradisjonell rusbehandling. Dette er samtaleteknikker med mål om å redusere pasientens motstand og øke behandlingsalliansen, samt få pasienten engasjert i egne målsettinger for å få til endring. Vurdering av hvor pasienten er i forhold til ønske om endring, vil gi bedre grunnlag for utarbeidelse av videre behandlingsplaner og behandlingsintervensjoner (Mueser et al., 2006).

#### 4.3.8 H<sub>3</sub> Delkonklusjon

Gjennomsnittskår for de seks kompetanseområdene screening, kartlegging, diagnostisering, destruktiv atferd, funksjon og stadiebasert vurdering er 3,4. Dette indikerer at psykiatrisk klinikk har inkorporert fokuset på rusproblematikk inn i måleskala kartlegging/evaluering. Kartlegging, diagnostisering, funksjonsvurdering og håndtering av destruktiv atferd er komponenter som har

lang tradisjon i psykisk helsevern. Det fremkommer to forbedringsområder i dette måleområdet som omhandler kompetanseområdene stadiebaserte vurderinger og kartlegging av rusens funksjon. Dette er to kompetanseområder som tradisjonelt har stort fokus i tradisjonell rusbehandling.

På bakgrunn av empiri og resultatet av skår i den tredje måleskalaen finner vi støtte i hypotesen om at Psykiatrisk klinikk screener, kartlegger og diagnostiserer ruslidelser samt kartlegges destruktiv atferd, funksjonsnivå og stadiebaserte vurderinger.

Under denne måleskalaen skiller kompetanseområde stadiebasert vurdering seg ut med totalskål 1,9 som indikerer at denne metodikken i liten grad er implementert.

#### 4.4.1 Klinisk prosess behandling

H4 Psykiatrisk klink tilbyr spesialisert og stadiebasert rusbehandling.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Behandlingsplan	12	2	5	3,08	,793
Samsykelighet	12	2	5	3,17	,718
Prosedyrer	12	2	5	3,00	,853
Stadiebasert behandling	12	1	4	2,00	,739
Spesialisert rusbehandling	12	1	5	2,50	1,314
Psykoedukasjon	12	1	4	2,50	1,087
Familieopplæring	12	2	5	3,33	1,303
Selvhjelpsgrupper	12	1	3	1,83	,718
Valid N (listwise)	12				

#### 4.4.2 Behandlingsplan

Gjennomsnittsskår for behandlingsplan er 3,08. Alle seksjonene hadde utarbeidet behandlingsplaner. I undersøkelsen fremkom det variasjon i hvilken grad rusproblematikk ble inkludert i planen. To av seksjonene inkluderte rus i variabel grad. Åtte inkluderte rusproblematikk i planene som sekundært, med

formuleringer som «opprettholde rusfrihet». Det vil si at 83% av seksjonene i liten grad utarbeider spesifikke målsettinger for behandling av ruslidelser.

*«Alle pasienter har behandlingsplaner med konkrete behandlingsmål rettet mot begge lidelsene»*

*-Sengepost psykose*

Behandlingsplanene inneholder primært tiltak rettet mot den psykiske lidelsen. Pasienter som har fra lettere til alvorlige ruslidelser, bør ha egne spesifikke behandlingsmålsettinger for rusproblematikken. Ubehandlet rusproblematikk kan forhindre varig bedring av den psykiske lidelsen (Evjen et al., 2007). Dette forhindrer også at pasienten blir kasteball mellom rusomsorgen og psykiatrien, og i stedet tilbys integrert behandling (Muser et al., 2006).

#### 4.4.3 Samsykelighet

Gjennomsnittskår for samsykelighet er 3,17. Under denne kategorien skårer ni av seksjonene at de har rutinemessig fokus på monitorering av rusbruk i behandlingsforløpet. Monitoreringen består primært i å vurdere om pasienten bruker rusmidler eller om hen er i abstinensfase.

*«Pasientens rusmønster monitoreres så nøye at vi merker når han begynner å få russug. I disse periodene intensiveres oppfølgingen»*

*-Ansatt sikkerhetspost*

Overvåkning av sammenheng mellom forverrede symptomer på psykisk lidelse ved bruk eller fravær av bruk av rusmidler vil gi bredere kompetanse på å forstå pasientens utfordringsbilde. Kjennskap til denne interaksjonen vil gjøre det lettere å forstå hvordan rusbruk innvirker på funksjonsnivået. (Muser et al., 2006).

#### 4.4.4 Prosedyrer

Gjennomsnittlig skår for prosedyrer er 3,0. Det vil si at seksjonene har prosedyrer for håndtering av ruspåvirkede pasienter, akutte abstinenser og overdosefare. Alle disse seksjonene hadde kompetanse til å håndtere milde til moderate situasjoner selv. Vedvarende rusbruk og tilleggspromblematikk som vanskelig atferd kan føre

til at pasienter ble avsluttet eller overført til andre. To av seksjonene håndterte de fleste situasjoner uten å måtte overføre pasienten til annen seksjon.

#### 4.4.5 Stadiebasert behandling

Stadiebasert behandling har gjennomsnittskår på 2,5. Det er kun en seksjon som bruker stadietenkning i utarbeidelse av behandlingsmålsettinger. Ved flere seksjoner sier de ansatte at de har hatt kurs i metodikken tidligere, men at dette ikke brukes systematisk eller av hele behandlingsmiljøet.

Ved at motivasjon i liten grad blir tematikk i behandlingen, vil det bli utfordrende å gi adekvat og integrert/samordnet behandling (Helsetilsynet, 2019). Pasientene kan risikere å bli avvist/overført annen behandling eller definert som umotivert. Endring av rusvaner kan bli utelatt som tematikk i behandling med forventning om at pasient skal klare å avstå fra bruk av rusmidler på egenhånd.

#### 4.4.6 Spesialisert rusbehandling

Gjennomsnittskår for 2,50. To av seksjonene tilbyr spesialisert rusbehandling til ROP pasienter. Flere av seksjonene har andre mandat, og de forventes ikke å tilby spesialisert rusbehandling.

*«Vi tilbyr ikke spesialisert rusbehandling»*

*-Ansatt akuttseksjon*

Det spennende i flere av fokusgruppeintervjuene var at mange oppdaget under samtalen at de utførte intervensjoner som inngår i begrepet spesialisert rusbehandling. Dette hadde de ikke reflektert rundt tidligere. Det var tiltak som støtte, stabilisering, medikamentell abstinensbehandling, funksjonsvurdering, kartlegging, diagnostisering og psykoedukasjon. Flere av seksjonene håndterte de ustabile pasientene med høy grad av atferdsproblematikk.

Spesialisert rusbehandling innebærer komponentene av samtidig behandling av de samme behandlerne over tid. Behandlingen er innrettet etter hvilke behandlingsstadier pasient befinner seg i, fra skadereduserende tiltak til målrettede behandlingsintervensjoner, som kognitiv terapi (Muser et al., 2006).

#### *4.4.7 Psykoedukasjon*

Gjennomsnittskår for psykoedukasjon er på 2.50. Psykoedukasjon til pasienter er integrert i de forskjellige seksjonene, og anses som en viktig komponent i behandlingen. Det fremkommer variasjon i hvorvidt rus blir tematisert. Rus blir kun tematisert der det avdekkes rusproblematikk og tas opp dersom pasient ønsker dette. Tre av seksjonene bruker psykoedukasjon aktivt i behandlingen til ROP pasienter.

Å gi systematisk psykoedukasjon gir alle pasienter mulighet til å få mer informasjon om sin sykdom, forstå eget sykdomsbilde, reaksjonsmønster og hva som kan gjøre situasjonen både bedre og verre (Lien & Lie 2022).

#### *4.4.8 Familieopplæring*

Familieopplæring har gjennomsnittskår på 3,33. De fleste seksjoner tilbyr samtaler til både barn og pårørende til pasienter i behandling. Tilbudet gis rutinemessig, men tematikk i oppfølgingen er opp til enkeltbehandler og rusproblematikk blir i varierende grad tatt opp. Fire av seksjonene tilbyr systematisk familiebehandling hvor både psykisk lidelse og ruslidelse blir tematisert.

Familieintervensjoner kan redusere familiestress, hjelpe familiemedlemmer til å sette egne grenser for hva de skal tolerere, kunnskap om lidelsene og forventete symptomer. Dette kan øke samhandlingen og familiens forventninger til behandlingen. Pårørende kan hjelpe pasienten med nettverk og troen på et bedre liv. Flerfamiliegrupper gir pårørende mulighet til å få støtte/kunnskap fra andre familier i lignende situasjon (Muser et al., 2006).

#### *4.4.9 Selvhjelpsgrupper*

Gjennomsnittskår for selvhjelpsgrupper er på 1,83. Det viser at det ikke er systematikk i å anbefale selvhjelpsgrupper. Enkelte ansatte har kjennskap til, og bistår sporadisk med kontaktetablering. To av seksjonene har personell med spesielt ansvar for å bistå pasienter med oppstart i selvhjelpsgrupper.

Selvhjelpsgrupper har lang tradisjon og er anerkjent behandling for pasienter med ruslidelser. For mange pasienter har disse gruppene vært viktige faktorer for at de har klart å slutte å ruse seg. Da terskelen kan være høy for å kontakte slike

grupper på egenhånd, kan bistand fra behandler føre til at pasient prøver ut dette tilbudet (Muser et al., 2004).

#### 4.4.10 H4 Delkonklusjon

For å kunne si at vi praktiserer integrert rusbehandling, må gjennomsnittskår på de fem første kompetanseområdene ha snitt på tre eller mer. Gjennomsnittskår for de fem kompetanseområdene, behandlingsplan, samsykelighet, prosedyrer, stadiebasert behandling og spesialisert rusbehandling er 2,76. Skåren indikerer at psykiatrisk klinikk ikke har integrert viktige komponenter i måleskalaen behandling. Klinikken bruker behandlingsplaner, overvåker rutinemessig sykdomsutvikling, de har prosedyrer for akutte kriser og tilbyr psykoedukasjon. Resultatene ut fra skårene viser til at rusproblematikk ikke er systematisk tatt med som tematikk. Det gjøres av enkeltbehandlere.

På bakgrunn av empiri og resultatet av skår i den tredje måleskalaen finner vi ikke støtte i hypotesen om at Psykiatrisk klinikk tilbyr spesialisert og stadiebasert behandling.

#### 4.5.1 Kontinuitet i behandlingen

H5 Begge lidelsene er tatt hensyn til og beskrevet i behandlingsplaner ved utskrivelse av behandlingsprogrammet.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Samsykelighet	12	2	5	3,25	,965
Kontinuitet	12	1	5	2,83	1,267
Recovery	12	2	5	3,17	,835
Valid N (listwise)	12				

#### 4.5.2 Samsykelighet ved utskrivelse

Gjennomsnittskår for samsykelighet er på 3,25. Hovedfokus ved planlegging av utskrivelse vil være på videre oppfølging av den psykisk lidelsen.

Rusproblematikken er problematisert i epikrise der rus er avdekket. Tre av seksjonene har likeverdig fokus på rus og psykisk lidelse. Her fremkommer tydelige mål i epikriser for videre behandling for begge lidelser.

En av informantene svarte «*Det vil fremkomme i epikrisen en plan for videre behandling. Rusproblematikk vil fremkomme der det er noe vi har avdekket. Ved kjent problematikk er dette i mindre grad nevnt*».

God kartlegging, diagnostisering og funksjonsvurderinger bidrar til forståelse av pasientens problemområde. Rusproblematikk må ses på i sammenheng med personens andre lidelser (Lossius, 2011). Gode vurderinger og beskrivelser av interaksjonen mellom disse bør fremkomme i epikriser sammen med kriseplaner. Dette er i tråd med generelle forventninger til spesialisthelsetjenesten (Muser, et al., 2006).

#### *4.5.3 Kontinuitet*

Gjennomsnittsår for kontinuitet er 2,83. Flere av seksjonene vi intervjuet har akuttintervensjon og det forventes ikke langvarig rusbehandling. Pasientene er innlagt fra noen få dager til maks seks uker. Fokus er på stabilisering av symptomer, døgnrytmebehandling og videreformidling/overføring til annet behandlingstiltak. Flere behandlere gav uttrykk for ønske om å kunne følge opp pasienten til annen behandling ble startet, men dette lar seg sjeldent gjøre. Kun tre seksjoner beskriver å kunne følge opp pasienter med samtidige lidelser over tid.

*«Er rus sekundert i forhold til hovedproblematikken blir de ikke skrevet ut. Men er rus mest dominerende kan oppholdet blir avsluttet»*

*- Ansatt DPS sengepost*

For å skape kontinuitet i behandlingsforløpene er det viktig med tilgjengelighet til tjenestene, som skal være integrert. Det å møte mange hjelpere og stadig bli henvist videre til annen behandling, kan oppleves som avvisning. *Pasienter med alvorlige ruslidelser og psykiske lidelse har ofte svekket funksjonsevne og nedsatt evne til samarbeid (Muser et.al, 2006). Pasienter kan bli vurdert som umotivert og vanskelige, samtidig som pasienten kan oppleve seg avvist og ikke forstått/tatt på alvor.*

#### *4.5.4 Recovery - tilfriskning*

Recovery innbefatter mer en fravær av rus. Det innbefatter også positive livsstilsendringer, bedring av levevaner og fysisk helse. Tre av seksjonene jobber ut fra denne tenkningen og kan følge opp pasienten over tid. De resterende



seksjonene vurderer pasienten ut fra tilfriskning av psykisk lidelse. Rusbruk vurderes som risikofaktor for forverring/tilbakefall av symptomer på psykisk lidelse.

Bedringsprosesser skjer i samspill med andre mennesker, bedring av økonomi, bolig og nettverk. Målsetting for behandling kan være å bli helt symptomfri eller å lære og leve med symptomer. Behandling av ruslidelser handler ikke nødvendigvis om totalavhold fra rus, men å begrense bruken og/eller å ruse seg på en mindre skadelig måte. Elementer som kan hemme recovery er mangel på skreddersydde tilbud og liten samhandling mellom tjenestene (Lien & Lie 2022). Det er viktig med godt samspill mellom behandlere og pasient for å få etablert reell medvirkning og et godt tilpasset behandlingstilbud (Helsetilsynet, 2019).

#### 4.5.5 H5 Delkonklusjon

Gjennomsnittskår for de 3 kompetanseområdene samsykelighet, kontinuitet og recovery er på 3,1. Skåren indikerer at pasientens rusproblematikk tas med i planleggingen av utskrivelse, i dokumentasjon og i vurderingen av tilfriskning der rusproblematikk er avdekket.

På bakgrunn av empiri og resultatet av skår i den femte måleskalaen finner vi støtte i at hypotesen om at begge lidelsene er tatt hensyn til og beskrevet i behandlingsplaner ved utskrivelse av behandlingsprogrammet.

#### 4.6.1 H6 Personal

H6 Personalet har adekvat kompetanse og utdanning i avhengighet

	Descriptive Statistics				
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Psykiater/Lege	12	4	5	4,50	,522
Kompetanse	12	1	3	2,08	,669
Veiledning	12	1	3	1,75	,622
Evaluering	12	3	4	3,33	,492
Valid N (listwise)	12				

#### *4.6.2 Psykiater/lege*

Gjennomsnittlig domeneskår for psykiater/lege er på 4,5. Alle seksjonene oppgir å ha ansatt psykiater og 50% av disse har i tillegg erfaring i arbeid fra TSB.

#### *4.6.3 Kompetanse*

Gjennomsnittsskår for kompetanse er på 2,08. Det er tre seksjoner som får skåren tre. Resultatene videre er at det er mellom 1 til 24 % av ansatte som har videreutdanning i rus eller ROP lidelser.

Ledelse er ansvarlig for å har vurdert sitt kompetansebehov i alle ledd i tjenesten, og for å gi nødvendig veiledning for å sikre at tjenestene har rett kvalitet (Helsetilsynet, 2019). En sterk ledelse er avgjørende for å oppnå et effektivt program, der leder må ha satt seg som mål å integrere rusbehandling i seksjonen. De må gis klart uttrykk om en forventning til at alle behandlere tilegner seg kunnskap om vurdering og behandling av ruslidelser (Muser et al., 2006).

#### *4.6.4 Veiledning*

Gjennomsnittlig skår på veiledning er på 1,75. Her evalueres det om det er tilbud om veiledning til ansatte, i forhold til håndtering av pasienter med ruslidelser og eventuelle ROP lidelser. Resultatene viser at det er kun en seksjon som har dette. Resterende seksjoner kan drøfte enkeltsaker med eksterne samarbeidspartnere.

Ledelse er ansvarlig for å har vurdert sitt kompetansebehov, gi nødvendig veiledning for å sikre at tjenestene har rett kvalitet. Å jobbe med ROP pasienter kan være krevende, frustrerende og utmattende. Veiledning og god kollegastøtte kan motvirke dette (Muser, et al., 2006).

#### *4.6.5 Evaluering av behandling*

Evaluering har en skår på 3,3. Alle seksjoner har regelmessige behandlingsmøter hvor pasientbehandling blir evaluert og tiltak vurdert. Her vil pasientens aktuelle problemstilling bli drøftet. Åtte av seksjonene vil drøfte pasientsaker med personell fra TSB ved behov. Det fremkommer under intervjuene at rusproblematikk vil bli tematisert der hvor dette er aktuelt.

#### 4.6.6 H6 Delkonklusjon

Gjennomsnittsskår for de fire kompetanseområdene er 2,9. Alle seksjonene har psykiatere tilsatt og det er rutiner for evaluering av behandlingen. Det stor variasjon i kompetansen til andre faggrupper og gruppen får i liten grad tilrettelagt veiledning.

På bakgrunn av resultatet av skår i den sjettede måleskalaen finner vi ikke støtte i hypotesen om at personalet har adekvat kompetanse og utdanning i avhengighet.

#### 4.7.1 H7 Opplæring

H7 Psykiatrisk klinikk har kompetanseplaner og opplæringsplaner av personell i problematikken rus og psykisk lidelse.

	Descriptive Statistics				
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Opplæring rus	12	1	2	1,58	,515
Opplæring DD	12	1	3	1,92	,669
Valid N (listwise)	12				

#### 4.7.2 Opplæring rusproblematikk

Gjennomsnittlig skår for opplæring i rus er på 1,58. Seksjonene har ikke utarbeidet kompetanseplaner med beskrivelse av hva som er forventet av basiskompetanse i rusproblematikk. Dersom ansatte ønsker å delta på kurs vil leder støtte dette, men ansatte blir sjeldent oppfordret til å delta på slike kurs.

Det må gis klart uttrykk for en forventning om at alle må tilegne seg kunnskap om vurdering og behandling av ruslidelser (Muser et al., 2006).

#### 4.7.3 Opplæring ROP lidelser

Opplæring i ROP lidelser har en gjennomsnittsskår på 1,9. Integreert behandling av pasienter med ROP lidelser krever bred kunnskap om problematikken. Klinikere skal kunne kartlegge både psykiske lidelser og ruslidelser, og de skal ha kunnskap om interaksjonen mellom disse. Alle klinikere må få opplæring om ROP lidelser og ikke bare spesialistene. De må gis klart uttrykk for en forventning om at alle

tilegner seg kunnskap om vurdering og behandling av også ROP lidelser (Muser el al., 2006).

#### 4.7.4 H7 Delkonklusjon

Gjennomsnittskår for opplæring er 1,75. Felles skår under denne kompetanseskåren indikerer at det i liten grad er utarbeidet kompetanseplaner i de forskjellige seksjonene i opplæring av rusproblematikk og behandling av ROP lidelser.

På bakgrunn av empiri og resultatet av skår i den sjuende måleskalaen finner vi ikke støtte i hypotesen om at Psykiatrisk klinikk har kompetanseplaner og opplæringsplaner i problematikken rus og psykisk lidelse.

#### 4.7.5 Oppsummering

H<sub>1</sub> Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark har adekvat tilbud om rusbehandling i henhold til DDCMHT.

H<sub>1</sub> Psykiatrisk klinikk er organisert på en slik måte at det styrker muligheten til å kunne tilby god rusbehandling.

**Resultat:** Støttes

H<sub>2</sub> Behandlingsprogrammet er inkluderende for pasienter med både rus og psykiske lidelser.

**Resultat:** Støttes ikke

H<sub>3</sub> Behandlingsprogrammet screener, kartlegger, diagnostiserer ruslidelser. Videre kartlegges destruktiv atferd, funksjonsnivå og det gjøres s stadiebaserte vurderinger.

**Resultat:** Støttes

H<sub>4</sub> Psykiatrisk klinikk tilbyr spesialisert og stadiebasert rusbehandling

**Resultat:** Støttes ikke

H<sub>5</sub> Begge lidelsene er tatt hensyn til og beskrevet i behandlingsplaner ved utskrivelse av behandlingsprogrammet

**Resultat:** Støttes

H<sub>6</sub> Personalet har adekvat kompetanse og utdanning i avhengighet

**Resultat:** Støttes ikke

H7 Psykiatrisk klinikk har kompetanseplaner og opplæringsplaner av personell i problematikken rus og psykisk lidelse.

**Resultat:** Støttes ikke

HH: Hovedhypotese Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark har adekvat tilbud om rusbehandling i henhold til DDCMHT støttes ikke.

## 5 AVSLUTTEDE DRØFTING OG BEMERKNINGER

I løpet av fem uker ble DDCMHT gjennomført og nå elleve år etter forrige måling var jeg nysgjerrig på hvordan vår klinikk tilbyr rusbehandling i dag.

Utprøvingen av disse hypotesene har ført til konklusjonen at tre av underhypotesene kunne støttes, mens fire av underhypotesene fant vi ikke støtte for. Samlet resultatet fra analysen fant ikke støtte for hypotesen at psykiatrisk klinikk har adekvat tilbud om rusbehandling i henhold til DDCMHT.

Funn i undersøkelsen viste at psykiatrisk klinikk er organisert og utformet på en slik måte at det er godt tilrettelagt for å tilby integrert og spesialisert rusbehandling. Det er lang tradisjon for å behandle pasienter med psykiske lidelser med lavt funksjonsnivå og destruktiv atferd. Det er rutiner for screening, kartlegging og diagnostisering. Det utarbeides behandlingsplaner tilpasset pasientenes nivå og det samarbeides tett med personell fra andre tjenester.

Det gjennomgående i resultatene fra undersøkelsen, er at klinikken ikke har implementert rusbehandling. Rusbehandling blir omtalt som noe andre skal tilby pasienten. Rusbruk screenes og det utføres videre kartlegging i varierende grad. Viktige elementer som vurdering av motivasjon og stadiebasert behandling tilbys ikke. Rusbehandling retter seg mot å påvirke atferd og da er begrepet motivasjon viktig. Rusens funksjon kartlegges i liten grad. Denne mangelfulle kartleggingen gjør at utarbeidelse av behandlingsplaner og monitorering av sykdomsutviklingen vil mangle viktige komponenter. Pasientene tilbys i stor grad støtte, stabilisering

og kriseintervensjoner, men ikke behandlingsintervensjoner. Dette fører til at det i liten grad tilbys integrert behandling.

Psykiatrisk klinikk mangler grunnleggende beskrivelse av forventning til basiskompetanse på rusproblematikk og metodikk i forhold til ROP lidelser. Behandlers bakgrunn og erfaring vil styre behandlingstilnærming, og faren er at psykisk lidelse vektlegges ved manglende ruskompetanse.

Funn i tilsynsrapporten fra 2019 korrelerer med funn i min undersøkelse. Psykiatrisk klinikk vil kunne ha nytte av å se på hvordan det samlede tilbudet til pasientgruppen er organisert, og hvordan tilbudet om rusbehandling videre bør innrettes i psykisk helsevern.

### ***5.1 Begrensninger og forslag til videre forskning***

DDCMHT er utarbeidet for evaluering av ROP kompetansen til en seksjon. I denne undersøkelsen er data fra 12 seksjoner samlet i gjennomsnittskår. Det er forventet store variabler i resultater fra disse svarene, da seksjonene har forskjellige mandat. Samtidig vil denne sammenligningen kunne trekke frem felles trender i det totale tilbudet. I undersøkelsen mangler svar fra sju seksjoner, slik at resultatene fra denne undersøkelsen kan påregnes å endres etter at disse data blir inkludert.

Det ville ha vært interessant å gått dypere inn i analysen av data. Seksjonene kunne blitt delt inn i en ROP gruppe og en allmennpsykiatrigruppe. På denne måten kunne vi analysert videre behov for kompetansehevende tiltak. Videre ville resultatene gitt oss en retning for metodevalg og metodikk.

## 6 LITTERATURLISTE

- Bahus, M.K. (2023). Rusreformen. *I Store norske leksikon*. Hentet 6. Juni 2023 fra [rusreformen – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/rusreformen)
- Brown, J.L., Claus, R., Comaty, J.E., Girad, J., Gotham H.J., Kincaid, R., Lambert-Harris C., McGovern, M.P. (2011). *Dual diagnosis capability in mental health treatment (DDCMHT) toolkit. Versjon 4.0*  
[DDCMHT Tool Kit 4.0 \(case.edu\)](https://www.case.edu/ddcmht-toolkit)
- Christie, N. & Bruun, K. (1985). *Den gode fiende*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. og Sandvik, B. (2008). *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Evjen, R., Kielland, K.B., & Øiern, T. (2007). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet ISSN: 1503-1403
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge [rapport]* Oslo: Folkehelseinstituttet  
[Sammendrag av epidemiologiske rapporter om utbrudd av ILA i Norge 2003 \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/publ/2018/sammendrag-av-epidemiologiske-rapporter-om-utbrudd-av-ila-i-norge-2003)
- Gotham, H.J., Claus, R.E., Selig, K. & Homer, A.L. (2010). *Increasing programs capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 160-169.
- Grennes, T. (2012). *Hvordan kan du vite at noe er sant?* (2 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademiske
- Gråve, R.W., & Ruud, T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse, STF78 A06003.

Hauge, R. (2009). *Rus og rusmidler gjennom tidene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2011). *Kvalitet og kompetanse..om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. Oslo: Helsedirektoratet IS-1914.

[Microsoft Word - rundskriv rusreformen.doc \(regjeringen.no\)](#)

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Helsedirektoratet. IS-1948.

Helsedirektoratet (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.

[Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet - nasjonalt faglig retningslinje - Helsebiblioteket](#)

Helsetilsynet. (2019). *Et stykke igjen til likeverdige tjenester*. [rapport]. Oslo. Helsetilsynet.

[Et stykke igjen til likeverdige tjenester | Helsetilsynet](#)

ICD-10 (1999). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lien, L. & Lie, T.W. (2022). *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak*. Bergen: Fagbokforlaget.

Mueser, K.T., Noordsky, D.L., Drake, R.E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mørland, J. & Waal, H. (2016) *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget

NOU 2019:26. *Rusreform – fra straff til hjelp*. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.



[NOU 2019: 26 \(regjeringen.no\)](#)

Schiøtz, A. (2017). *Rus i Norge*. Tidsskrift for velferdsforskningen, 20(01), 4-26.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999.07-02-61).

[Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)

7.1 Manual skåring DDCMHT

DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY IN MENTAL HEALTH TREATMENT (DDCMHT) VERSION 3.2  
 (Gotham, H. J., Brown, J. L., Comary, J. E., & McGovern, M. P.)  
 RATING SCALE COVER SHEET

Program Identification

Date: \_\_\_\_\_ Rate(s): \_\_\_\_\_ Time Spent (Hours): \_\_\_\_\_  
 Agency Name: \_\_\_\_\_  
 Program Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Contact Person: 1) \_\_\_\_\_ ; 2) \_\_\_\_\_  
 Telephone: \_\_\_\_\_ ; FAX: \_\_\_\_\_ ; Email: \_\_\_\_\_  
 State: \_\_\_\_\_ Region: \_\_\_\_\_ Program ID: \_\_\_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (1= Baseline; 2 = 1st follow-up; 3= 2nd follow-up; 4= 4th follow-up; etc)

Program Characteristics

Payments received (program):  
 Self-pay \_\_\_\_\_  
 Private health insurance \_\_\_\_\_  
 Medicaid \_\_\_\_\_  
 Medicare \_\_\_\_\_  
 State financed insurance \_\_\_\_\_  
 Military insurance \_\_\_\_\_  
 Other funding sources:  
 Other public funds \_\_\_\_\_  
 Primary focus of agency:  
 Addiction treatment services \_\_\_\_\_  
 Mental health services \_\_\_\_\_  
 Mix of addiction & MH services \_\_\_\_\_  
 General health services \_\_\_\_\_  
 Hospital \_\_\_\_\_  
 Size of Program:  
 # of admissions/last fiscal year \_\_\_\_\_  
 Capacity (highest # servable) \_\_\_\_\_  
 Average length of stay (in days) \_\_\_\_\_  
 Planned length of stay (in days) \_\_\_\_\_  
 # of unduplicated clients/year \_\_\_\_\_  
 Agency type:  
 Private \_\_\_\_\_  
 Public \_\_\_\_\_  
 Non-Profit \_\_\_\_\_  
 For-Profit \_\_\_\_\_  
 Government operated \_\_\_\_\_  
 Veterans Health Admin. \_\_\_\_\_  
 Level of care:  
 ASAM-PPC-2R (Addiction):  
 I. Outpatient \_\_\_\_\_  
 II. IOP/Partial Hospital \_\_\_\_\_  
 III. Residential/Inpatient \_\_\_\_\_  
 IV. Medically Managed Intensive Inpatient (Hospital) \_\_\_\_\_  
 OMT: Opioid Maintenance \_\_\_\_\_  
 D: Detoxification \_\_\_\_\_  
 Mental Health:  
 Outpatient \_\_\_\_\_  
 Partial hospital/Day program \_\_\_\_\_  
 Inpatient \_\_\_\_\_  
 Exclusive program/Admission criteria requirement:  
 Adolescents \_\_\_\_\_  
 Co-occurring MH & SUDs disorders \_\_\_\_\_  
 HIV/AIDS \_\_\_\_\_  
 Gay & Lesbian \_\_\_\_\_  
 Seniors/Elders \_\_\_\_\_  
 Pregnant/post-partum \_\_\_\_\_  
 Women \_\_\_\_\_  
 Residential setting for patients & their children \_\_\_\_\_  
 Men \_\_\_\_\_  
 DUI/DWI \_\_\_\_\_  
 Criminal justice clients \_\_\_\_\_  
 Adult General \_\_\_\_\_

DDCAT assessment sources

Chart Review: \_\_\_\_\_ Agency brochure review: \_\_\_\_\_ Program manual review: \_\_\_\_\_ Team meeting observation;  
 Supervision observation: \_\_\_\_\_ Observe group/individual session: \_\_\_\_\_ Interview with Program Director;  
 Interview with Clinicians: \_\_\_\_\_ Interview with clients (#: \_\_\_\_\_); \_\_\_\_\_ Interview with other service providers; \_\_\_\_\_ Site tour.

Total # of sources used: \_\_\_\_\_

**DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY IN MENTAL HEALTH TREATMENT PROGRAMS (DDCMHT) VERSION 3.2**

**RATING SCALE**

	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>I. PROGRAM STRUCTURE</b>					
<b>IA. Primary focus of agency as stated in the mission statement (If program has mission, consider program mission)</b>	Mental Health Only		Primary focus is mental health, co-occurring disorders are treated		Primary focus on persons with co-occurring disorders.
<b>IB. Organizational certification &amp; licensure.</b>	Permits only mental health treatment	Has no actual barrier, but staff report there to be certification or licensure barriers.	Has no barrier to providing addiction treatment or treating co-occurring disorders within the context of mental health treatment		Is certified and/or licensed to provide both
<b>IC. Coordination and collaboration with addiction services.</b>	No document of formal coordination or collaboration. Meets the SAMHSA definition of minimal Coordination.	Vague, undocumented, or informal relationship with addiction agencies, or consulting with a staff member from that agency. Meets the SAMHSA definition of Consultation.	Formalized and documented coordination or collaboration with addiction agency. Meets the SAMHSA definition of Collaboration.	Formalized coordination & collaboration, and the availability of case management staff, or staff exchange programs (variably used) Meets the SAMHSA definition of Collaboration and has some informal components consistent with Integration.	Most services are integrated within the existing program, or routine use of case management staff or staff exchange programs. Meets the SAMHSA definition of Integration.
<b>ID. Financial incentives.</b>	Can only bill for mental health treatments or for persons with mental health disorders.	Could bill for either service type if mental health disorder is primary, but staff report there to be barriers. — OR- Partial reimbursement for addiction services available	Can bill for either service type, however, mental health disorder must be primary.		Can bill for addiction or mental health treatments, or the combination and/or integration.

	1	2	3	4	5
	MHOS		DDC		DDE
<b>II. PROGRAM MILIEU</b>					
<b>IIA. Routine expectation of and welcome to treatment for both disorders</b>	Expect mental health disorders only, refer or deflect persons with substance use disorders or symptoms.	Documented to expect mental health disorders only (e.g. admission criteria, target population), but have informal procedure to allow some persons with substance use disorders to be admitted.	Expect mental health disorders, and, with documentation, accepts substance use disorders by routine and if mild and relatively stable.	Program formally defined like DDC but clinicians and program informally expects and treats both disorders, <u>not</u> well documented.	Clinicians and program expect and treat both disorders, well documented.
<b>IIB. Display and distribution of literature and patient educational materials.</b>	Mental health only	Available for both disorders but not routinely offered or formally available.	Available for both mental health and substance use disorders but distribution is less for substance use disorders.	Available for both mental health & substance use disorders with equivalent distribution.	Available for the interaction between both mental health and substance use disorders.

	1	2	3	4	5
	MHOS		DDC		DDE
<b>III. CLINICAL PROCESS: ASSESSMENT</b>					
<b>IIIA. Routine screening methods for substance use</b>	Pre-admission screening based on patient self-report. Decision based on clinician inference from patient presentation or history.	Pre-admission screening for substance use & treatment history prior to admission.	Routine set of standard interview questions for substance use using generic framework (e.g. ASAM-PPC Dim. I & V, LOCUS Dim. III) or "Biopsychosocial" data collection.	Screen for substance use using standardized or formal instruments with established psychometric properties.	Standardized or formal instruments for both mental health and substance use disorders with established psychometric properties.
<b>IIIB. Routine assessment if screened positive for substance use</b>	Ongoing monitoring for appropriateness or exclusion from program	More detailed biopsychosocial assessment, history of substance use and treatments, each clinician driven.	Increased capacity to access (not necessarily in-house) substance use assessments, although not standardized or routine.	Formal substance use assessment, if necessary, typically occurs (in-house).	Standardized or formal integrated assessment is routine in all cases.
<b>IIIC. Psychiatric and substance use diagnoses made and documented.</b>	Substance use disorder diagnoses are not made or recorded	Substance use disorder diagnostic impressions made and recorded variably.	Substance use disorder diagnosis variably recorded in chart (i.e., less than 40% of the time).	Substance use disorder diagnosis more frequently recorded but inconsistently (i.e., more than 40% but less than 90% of the time).	Standard & routine substance use disorder diagnoses consistently made.
<b>IIID. Psychiatric and substance use history reflected in medical record.</b>	Collection of mental health history only.	Standard form collects mental health history only. Substance use disorder history collected inconsistently.	Routine documentation of both mental health and substance use disorder history in record in narrative section.	Specific section in record dedicated to history and chronology of course of both disorders.	Specific section in record devoted to history and chronology of course of both disorders and the interaction between them is examined temporally.
<b>IIIE. Program acceptance based on substance use disorder symptom acuity: low, moderate, high.</b>	Admits persons with no to low acuity.		Admits persons in program with low to moderate acuity, but who are primarily stable.		Admits persons in program with moderate to high acuity, including those unstable in their substance use disorder.
<b>IIIF. Program acceptance based on severity of persistence and disability: low, moderate, high.</b>	Admits persons in program with no to low severity of persistence of disability		Admits persons in program with low to moderate severity.		Admits persons in program with moderate to high severity
<b>IIIG. Stage-wise assessment.</b>	Not assessed or documented.	Assessed & documented variably by individual clinician	Clinician assessed and routinely documented, focused on mental health motivation for treatment	Formal measure used and routinely documented but focusing on mental health motivation for treatment only.	Formal measure used and routinely documented, focus on both substance use and mental health motivation for treatment.

	1	2	3	4	5
	MHOS				
IV. CLINICAL PROCESS: TREATMENT					
	DDC				
<b>IVA. Treatment plans.</b>	Address mental health only (addiction not listed)	Variable by individual clinician	Mental health disorders addressed as primary, substance use disorders as secondary	Systematic focus is available but variably used.	Address both as primary, both listed in plan consistently.
<b>IVB. Assess and monitor interactive courses of both disorders.</b>	No attention to or documentation of progress with substance use disorders	Variable reports of progress on substance use disorders by individual clinicians.	Clinical focus in narrative (treatment plan or progress note) on substance use disorder change	Systematic focus is available but variably used.	Clear, detailed, and systematic focus on change in both substance use and mental health disorders.
<b>IVC. Procedures for intoxicated/high clients, relapse, withdrawal, or active users.</b>	No guidelines conveyed in any manner.	Verbally conveyed in-house guidelines.	Documented guidelines: Referral or collaborations (to local substance abuse treatment agency, detox, or E/R)		Routine capability, or a process to ascertain risk with ongoing psychiatric symptoms: Maintain in program unless alternative placement (i.e., detox, commitment) based on acute risk is warranted
<b>IVD. Stage-wise treatment</b>	Not assessed or explicit in treatment plan.	Stage or motivation documented variably by individual clinician in treatment plan.	Stage or motivation routinely incorporated into individualized plan, but no specific stage-wise treatments.	Stage or motivation routinely incorporated into individualized plan and general awareness of adjusting treatments by individual stage of readiness on mental health motivation for treatment only.	Stage or motivation routinely incorporated into individualized plan, and formally prescribed and delivered stage-wise treatments for both substance use and mental health issues.

	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>IV. CLINICAL PROCESS: TREATMENT (continued)</b>					
<b>IVE. Policies and procedures for evaluation, management, monitoring and compliance for/of medications for substance use disorders. This includes:</b> (i) Medications to treat intoxication states, decrease/eliminate withdrawal symptoms, decrease reinforcing effects of abused substances, promote abstinence and prevent relapse; (ii) Policies about the use of benzodiazepines or other potentially addictive medications.	No capacities to monitor, guide or provide medications related to substance use disorders. Patients with active substance use are routinely not accepted into treatment.	Certain types of meds may be prescribed for substance use disorders and some capacity to monitor medications related to substance use. Variable by provider	Present, coordinated policies regarding medications for substance use disorders. Some types of medications are routinely available. Monitoring of the medication is largely provided by the prescriber.	Present, coordinated policies regarding medications for substance use disorders. The prescriber might more regularly consult with other staff regarding medication plan and recruit other staff to assist with medication monitoring	Present, coordinated policies regarding all types of medications for substance use disorders. There is access to a provider with these specialties on the treatment team.
<b>IVF. Specialized interventions with addiction content.</b>	Not addressed in program content	Based on judgment by individual clinician; Irregular penetration into routine services	In program format as generalized intervention. More regular penetration into routine services. Routine clinician adaptation of an evidence-based mental health treatment (e.g., ACT, CBT, IPT, IM&R, PSR)	Some specialized interventions by specifically trained clinicians in addition to routine generalized interventions.	Routine addiction symptom management groups; Individual therapies focused on specific disorders; Systematic adaptation of an evidence-based mental health treatment (e.g., ACT, CBT, IDDT, IPT, IM&R, PSR)
<b>IVG. Education about substance use disorders &amp; treatment, and interaction with mental health disorders &amp; treatment.</b>	No	Variably	Present in generic format and content, and delivered in individual and/or group formats.		Present specific content for specific disorder co-morbidities, and delivered in individual and/or group formats.

	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>IV. CLINICAL PROCESS: TREATMENT (continued)</b>					
<b>IVH. Family education and support.</b>	For mental health disorders only	Variably or by individual clinical judgment	Substance use issues regularly but informally incorporated into family education or support sessions. Available as needed.	Generic group on site for families on substance use and mental health issues variably offered. Structured group with more routine accessibility	Routine and systematic co-occurring disorder family group integrated into standard program format. Accessed by the majority of families with co-occurring disorder family member
<b>IVI. Specialized interventions to facilitate use of peer support groups in planning or during treatment.</b>	None used to facilitate either use of addiction or mental health peer support	Used variably or infrequently by individual clinicians, for individual patients, mostly for facilitation of mental health peer support groups	Present, generic format on site, but no specific or intentional facilitation based on addiction. More routine facilitation of traditional mental health peer support groups (e.g., NAMI, Procovery)	Present but variable facilitation to peer support groups targeting specific addiction issues, either to traditional peer support groups or those specific to both (e.g. DRA, DTR).	Routine & specific to need of co-occurring, special programs on site, routinely targeted to specific issues, either to traditional peer support or groups specific to both (e.g. DRA, DTR).
<b>IVJ. Availability of peer recovery supports for patients with CODs.</b>	Not present, or if present not recommended.	Off site, recommended variably	Present, off site and facilitated with contact persons or informal matching with peer supports in the community, some co-occurring focus.	Present, off site, integrated into plan, and routinely documented with co-occurring focus.	Present, on site, facilitated and integrated into program (e.g. alumni groups); Routinely used and documented with co-occurring focus.



	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>VI. STAFFING</b>					
<b>VIA. Psychiatrist or other physician or prescriber of pharmacological therapies for addiction.</b>	No formal relationship with a prescriber for this program.	Consultant or contractor off site.	Consultant or contractor on site.	Staff member, present on site for clinical matters only	Staff member, present on site for clinical, supervision, treatment team, and/or administration.
<b>VIB. On site staff with substance abuse licensure, certification, or competency.</b>	No formal relationship with program.	1-24% of clinical staff members.	25-33% of clinical staff members.	34-49% of clinical staff members.	50% or more of clinical staff members.
<b>VIC. Access to substance abuse supervision or consultation.</b>	No	Yes, off site by consultant, undocumented.	Yes, on site supervision provided PRN. Informal process.	Yes, on site supervision. Provided regularly. Irregular documentation.	Yes, on site, documented regular supervision sessions for clinical matters.
<b>VID. Case review, staffing or utilization review procedures emphasize and support co-occurring disorder treatment.</b>	No	Variable, by off site consultant, undocumented.	Yes, on site, documented as needed (PRN) and with co-occurring disorder issues.		Yes. Documented, routine and systematic coverage of co-occurring issues.
<b>VIE. Peer/Alumni supports are available with co-occurring disorders.</b>	No		Present, but as part of community, and routinely available to program patients, either thru informal relationships or more formal connections such as thru peer support service groups (e.g. AA hospital and institutional committees; NAMI)		Present, on site, either as paid staff, volunteers, or routinely available program "alumni".

	1 MHOS	2	3 DDC	4	5 DDE
<b>VII. TRAINING</b>					
<b>VIIA. Direct care staff members have basic training in prevalence, common signs &amp; symptoms, screening and assessment for substance use symptoms and disorders.</b>	Not trained in basic skills.	Variably trained, not documented as part of systematic training plan, but encouraged by management.	Trained in basic skills per agency strategic training plan.	Trained in these skills per agency strategic training plan, and also have some staff with advanced training in specialized treatment approaches, but this is not part of the program's training plan.	Trained in these skills per agency strategic training plan, and also have staff with advanced training in specialized treatment approaches as part of plan.
<b>VIIIB. Direct care staff members are cross-trained in mental health and substance use disorders, including pharmacotherapies, and have advanced specialized training in treatment of persons with co-occurring disorders.</b>	Not trained, or not documented.	At least 33% trained.	At least 50% trained	At least 75% are trained	At least 90% are trained.

**ADDITIONAL SITE VISIT NOTES:**

DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY IN MENTAL HEALTH TREATMENT PROGRAMS (DDCMHT) /VERSION 3.2

SCORING SUMMARY

**I. Program Structure**  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_  
 Sum Total = \_\_\_\_\_  
 /4 = SCORE \_\_\_\_\_

**II. Program Milieu**  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 Sum Total = \_\_\_\_\_  
 /2 = SCORE \_\_\_\_\_

**III. Clinical Process: Assessment**  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_  
 E. \_\_\_\_\_  
 F. \_\_\_\_\_  
 G. \_\_\_\_\_  
 Sum Total = \_\_\_\_\_  
 /7 = SCORE \_\_\_\_\_

**IV. Clinical Process: Treatment**  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_  
 E. \_\_\_\_\_  
 F. \_\_\_\_\_  
 G. \_\_\_\_\_  
 H. \_\_\_\_\_  
 I. \_\_\_\_\_  
 J. \_\_\_\_\_  
 Sum Total = \_\_\_\_\_  
 /10 = SCORE \_\_\_\_\_

**DDCMHT INDEX PROGRAM CATEGORY: SCALE METHOD**

OVERALL SCORE (Sum of Scale Scores/7): \_\_\_\_\_  
 MHOS (1 - 1.99) \_\_\_\_\_  
 DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY: MHOS/DDC (2 - 2.99) \_\_\_\_\_  
 DDC (3 - 3.49) \_\_\_\_\_  
 DDC/DDE (3.5 - 4.49) \_\_\_\_\_  
 DDE (4.5 - 5.0) \_\_\_\_\_

**DDCMHT INDEX PROGRAM CATEGORY: CRITERION METHOD**

% CRITERIA MET FOR MHOS (# of "1" or > /35): \_\_\_\_\_100%  
 % CRITERIA MET FOR DDC (# of "3" or > scores/35): \_\_\_\_\_  
 % CRITERIA MET FOR DDE (# of "5" scores/35): \_\_\_\_\_  
 HIGHEST LEVEL OF DD CAPABILITY (80% or more): \_\_\_\_\_

**V. Continuity of Care**  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_  
 E. \_\_\_\_\_  
 Sum Total = \_\_\_\_\_  
 /5 = SCORE \_\_\_\_\_

**VI. Staffing**  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_  
 E. \_\_\_\_\_  
 Sum Total = \_\_\_\_\_  
 /5 = SCORE \_\_\_\_\_

**VII. Training**  
 A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 Sum Total = \_\_\_\_\_  
 /2 = SCORE \_\_\_\_\_




Sykehuset Telemark

Psykiatrisk klinikk

## **DDCAT-MH MÅLING II**

**Ved Psykiatrisk klinikk**

Gjennomfør: 01.01.2012 til 30.04.2012

Forfatter: Tevje Revheim  
  
Rolle: Prosjektleder  
Prosjektmedarbeider  
Dato: 30.04.2012  
Revisjon:

## Innholdsfortegnelse

1.	Mål .....	4
1.1	Bakgrunn .....	4
1.2	Målgruppe .....	4
2.	Metode .....	5
2.1	DDCAT-MH .....	5
2.2	Metodiske svakheter .....	7
2.3	Gjennomføring .....	7
2.4	Statistiske analyser .....	8
3.	Resultater .....	8
3.1	Programmets struktur .....	8
3.2	Holdninger .....	9
3.3	Klinisk prosess: Utredning/diagnostikk og kartlegging .....	9
3.4	Klinisk prosess: Behandling .....	10
3.5	Kontinuitet i behandlingen .....	10
3.6	Personal .....	11
3.7	Opplæring .....	12
4.	Totalskåre .....	12
5.	Diskusjon og oppsummering .....	13
6.	Referanseliste .....	15

## 1. Mål

### 1.1 Bakgrunn

Det er en sterk sammenheng mellom rusproblemer og psykiske lidelser. I tråd med endringer i lovverk, forskrifter og nye retningslinjer har, økt kompetanse på rusrelatert problematikk og bedre behandling til pasienter som har både rus- og andre psykiske lidelser (ROP) har vært et satsingsområdet for Psykiatrisk klinikk. I 2009 ble derfor en prosjektgruppe engasjert for å bistå klinikkens seksjoner, enheter og team i relevant kompetanseutvikling og kvalitetsforbedring. For å øke kvaliteten på behandling av pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser er det viktig å vite 1) hvordan behandling gjennomføres i dag og 2) hva som er god behandling for pasientgruppen. Vi ønsket derfor å undersøke i hvilken grad seksjoner, enheter og behandlingsprogram ved psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark, hadde mandat, rutiner, prosedyrer, screening, kartlegging, behandlingsplaner, behandlingssinnhold, utskrivingsprosedyrer, samhandlingsrutiner og personellressurser som rutinemessig fordret integrert behandling for pasienter med samtidige lidelser eller dobbeldiagnoseproblematikk. Klinikken ble derfor evaluert ved hjelp av verktøyet Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDCAT) i perioden høst 2009 til høst 2010. For å bedre kvaliteten på klinikkens rusbehandling har det vært arrangert klinikkovergripende kurs/seminarer, samt undervisninger og veiledning ved de enkelte enheter/team. Det har blant annet vært fokusert på forståelse av rus og avhengighet, russcreening, kartlegging, samsykelighet, integrert behandling, motiverende intervju og kognitiv terapi ved ruslidelse. I tillegg ble det holdt oppstart- og spredningsseminarer med fokus på implemnerings- og kvalitetsforbedringsmetodikk. For å undersøke hvorvidt kvalitetsforbedring og kompetanseheving var gjennomført ble DDCAT-undersøkelsen gjentatt våren 2012. Resultatene fra denne før-etter undersøkelsen presenteres under.

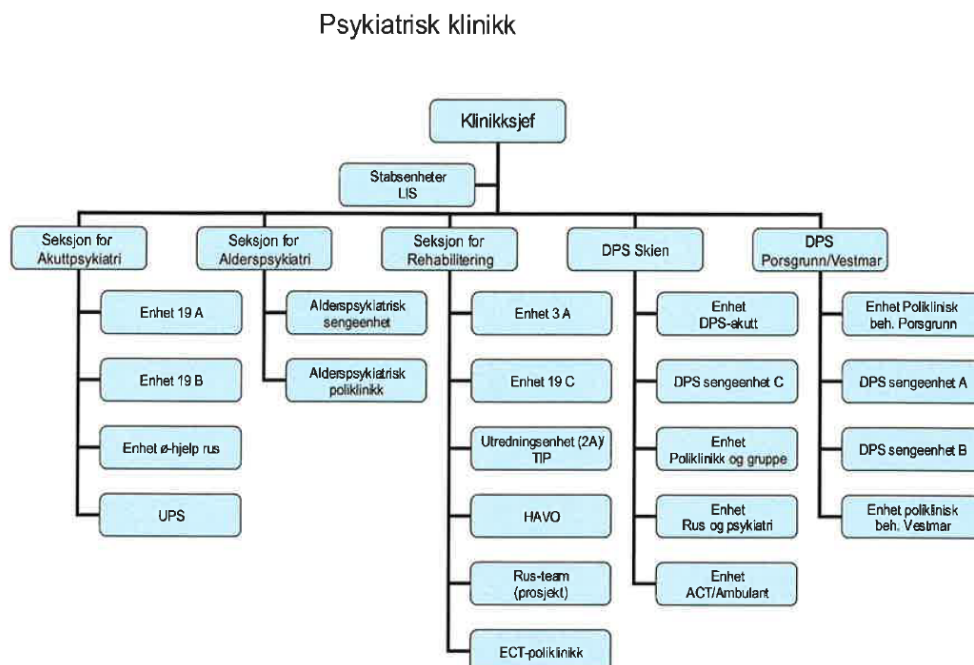
### 1.2 Målgruppe

Målgruppen for kartleggingen var alle enheter/behandlingsprogram ved psykiatrisk klinikk (figur 4). Det er 785 ansatte ved psykiatrisk klinikk, fordelt på 508 årsverk. En rekke faggrupper er representert (i årsverk); Leger (45), sykepleiere (140), sosionomer (20), vernepleiere (16), psykologer (31) og annet fagpersonell i pasientbehandling (120). Disse er fordelt på 5 seksjoner og 19 enheter. Enhetene har fokus på ulike pasientgrupper i forhold til diagnose og funksjonsnivå og/ eller tilbyr ulike behandlingsmetodikk, som til sammen skal dekke behovet for psykiatriske spesialisttjenester i Telemark. I 2008 ble det gjennomført 55 448 polikliniske konsultasjoner og det var 46 182 liggedøgn ved klinikkens sengeposter. Ca 21 % av disse pasientene hadde rus som hoved- eller bidiagnose<sup>1</sup>. Høyest andel pasienter med rusdiagnoser var det ved Seksjon for akuttpsykiatri og Seksjon for rehabilitering. Ved disse seksjonene hadde ca 1/3 av pasientene en rusdiagnose. I 2009 hadde 26% av pasientene ved sengepostene en rusdiagnose. I 2011 var dette økt til 32%.

Noen enheter har flere behandlingsprogram. For eksempel, er det ved allmenn psykiatrisk enhet i Porsgrunn et program for rusbehandling (team for rus og avhengighet), gruppebehandling (team for gruppeterapi) og en allmenn psykiatrisk poliklinikk (team for allmenn psykiatri). Til sammen er det 23 behandlingsprogram ved klinikken. Det er disse behandlingsprogrammene som er vår målgruppe (N=23).

<sup>1</sup> Journalsystemet ved Sykehuset Telemark tillater kun en bidiagnose. Dette kan bidra til underregistrering av rusdiagnoser.

Figur 4: Organisasjonskart psykiatrisk klinikk.



## 2. Metode

### 2.1 DDCAT-MH

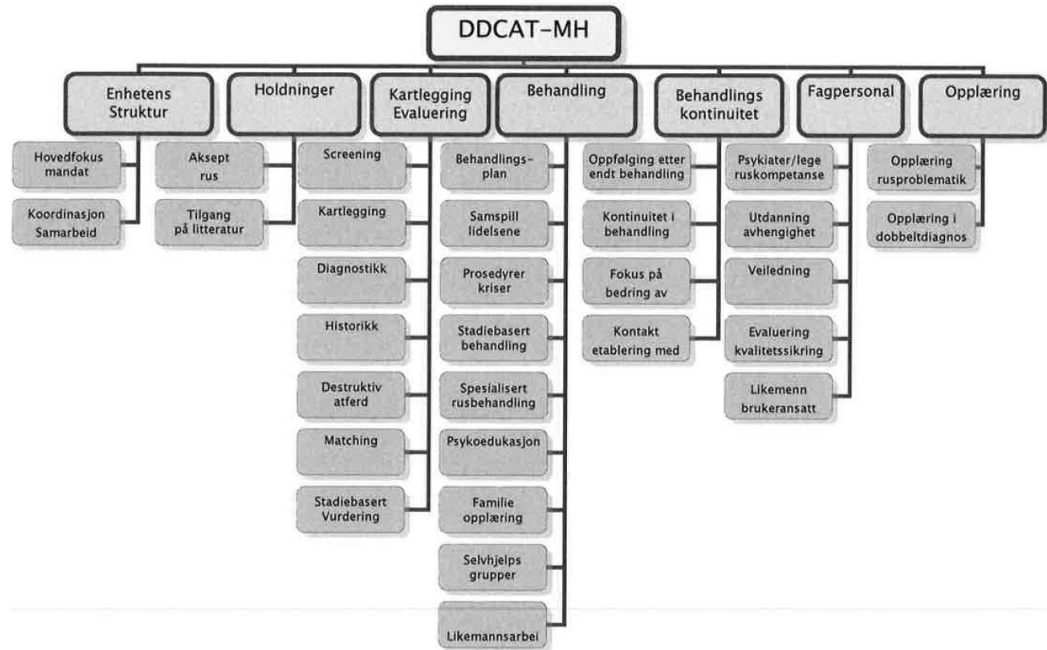
Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) har vært i utvikling siden 2003 og baserer seg på the American Society of Addiction Medicine (ASAM) sin kategorisering av behandlingsenheter i: Addiction Only Services, Dual Diagnoses Capable og Dual Diagnosis Enhanced (McGovern, Matzkin, et al. 2007). DDCAT-MH er en parallell versjon av DDCAT utviklet for psykiatriske enheter. Den ble først utviklet og testet av Heather Gotham (2010), og i den første utgaven var det inkludert ledd hentet fra Integrated Dual Disorder Treatment Fidelity Scale (Mueser et.al. 2003). IDDT fokuserer på ambulante team (ACT) som har spesialisert seg på pasienter med rusproblemer. IDDT har vært betraktet som en gullstandard for å måle implementering av integrert behandling, men passer ikke like godt til psykisk helsevern i sin helhet.

DDCAT-MH er utviklet for å evaluere rus og psykiatri (ROP) kompetanse både innen offentlig og privat sektor, og kan beskrive ROP kompetanse på flere nivåer (enhet,



helseforetak, region). Målingene er basert på observasjoner, gjennomgang av journaler, retningslinjer og prosedyrer, fokusgruppeintervju med behandlere og intervju med leder på hvert behandlingssted. Disse data benyttes til å fastsette endelige skår på 35 benchmarks. Disse er knyttet til 7 måleskalaer på følgende kompetanseområder: Enhetens struktur og miljø, kartlegging, behandling, behandlingskontinuitet, personalkompetanse og opplæring av personalet (se figur 5).

Figur 5. Hoveddimensjoner og underkategorier i DDCAT-MH.



#### Skåringen av DDCAT-MH

- Skår 1: Mental Health Only Services (MOS): Kun kompetanse på psykiske lidelser. Disse behandlingseenhetene passer best for personer med primært psykisk lidelse som har ingen eller minimale psykiske problemer.
- Skår 3: Dual Diagnosis Capability (DDC): DD kompetanse. Disse enhetene har kompetanse til å behandle personer med samtidige psykiske lidelser hvor rusproblemer er relativt stabile og ikke så alvorlige.
- Skår 5: Dual Diagnosis Enhanced (DDE): Forsterket ROP behandlingskompetanse. Disse enhetene kan hjelpe personer med ulike grader av psykopatologi og omfattende rusrelaterte problemer, inkludert dobbeltdiagnosepasienter.

#### Validitet og reliabilitet

Brown and Comaty (2007) fant akseptabel interraterreliabilitet ( $N = 533$ ;  $ICC = .83$ ) ved bruk av 3 ratere. I denne undersøkelsen vil alle ledd skåres uavhengig av 2 ratere slik at interraterreliabilitet kan beregnes. Gotham et al. (2010) beregnet indre konsistens for hver av de syv dimensjonene (Cronbach's Alfa = .61 - .81). Konstruktvaliditet er demonstrert gjennom positiv korrelasjon med IDDT ( $r = .7$ ; Gotham, Brown, , Comaty, McGovern, & Claus, 2009). I vår undersøkelse skåret de to ratene først uavhengig av hverandre og diskuterte seg deretter til enighet. Interrater-reliabilitet ble beregnet etter de 9 første intervjuene ved hjelp av SPSS (Statistic Program for Social Scientists). Vi fant høy interrater-reliabilitet for alle dimensjonene ( $ICC = 0,78 - 0,94$ ;  $p > 0,01$ ).

## 2.2 Metodiske svakheter

DDCAT-MH er ikke tidligere validert for norske forhold. En kan derfor ikke utelukke systematiske forskjeller mellom USA og Norge som reduserer verktøyets validitet i en norsk kontekst. To ledd ble fjernet før datainnsamlingen startet da de manglet relevans. Disse leddene omhandler sertifiseringer, lisenser og finansiering. Ytterligere to ledd ble fjernet fordi det var vanskelig å definere dem konsist nok til at en differensiert reliabel skåring var sannsynlig. Disse leddene omhandler medikamentell behandling av avhengighet og kontinuitet i medikamentell oppfølging. En annen begrensning er at det ikke er hentet inn informasjon fra pasientene direkte. En kan også forestille seg at andre svar hvis fastleger, pårørende eller andre samarbeidspartnere hadde blitt spurt. Dessuten, ratere har ikke hatt direkte tilgang på journaler. I stedet har behandlerne selv blitt intervjuet om hva som er dokumentert i 8-10 tilfeldig utvalgte journaler. Det er en svakhet ved undersøkelsen at de som har gjennomført intervjuene også har fungert som endringsfasilitatorer gjennom prosjektperioden. Videre, det er et relativt lite utvalg. Dette fordrer forsiktighet rundt betydningen av signifikante endringer. Det har ikke vært noen kontrollgruppe. Dette gjør det vanskelig å fastslå årsaken til de endringer vi har funnet. Til slutt, ved noen av intervjuene var det færre deltakere enn vi hadde lagt opp til, og de har ikke alltid vært de samme som har blitt intervjuet i de to rundene. Dette kan ha påvirket resultatene.

## 2.3 Gjennomføring

Alle enhetsledere ble på et eget møte informert om måleinstrumentet, hvordan gjennomføre intervjuet og hvem som skulle intervjues. I tillegg ble det informert om undersøkelsen på en samling for alle klinikkens ledere og spesialister, og det ble sendt ut e-post med ytterligere informasjon til alle enhetsledere. I forkant av undersøkelsen var det et møte med hver enhet hvor hensikt og gjennomgang ble gjennomgått. Det ble gitt informasjon om hvordan velge ut journaler, hvilke informasjonsmaterieell som skulle fremlegges og hvilke observasjoner som skulle gjøres, og intervjuobjektene hadde mulighet til å stille spørsmål om undersøkelsen.

Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju på ca 2 timer. Fokusgruppene var tverrfaglig sammensatt. Spørremanualen for DDCAT ble brukt. I etterkant av gruppeintervjuet ble enhetsleder intervjuet. Deretter ble skriftlig materieell (prosedyrer, rutiner, informasjonsmaterieell etc) innhentet og fysisk miljø på enheten observert. Til sammen ble det gjennomført 23 intervjuer i perioden høst 2009 til høst 2010.

Hvert program fikk en rapport hvor begrunnelse for deres skår ble beskrevet og en forklaring på hvilke kriterier som måtte fylles for at skår kunne økes gitt.

Alle programmene fikk også en muntlig tilbakemelding på målingen hvor skår ble diskutert. Rapporten ble brukt i utarbeidelsen av endringsmål i forhold til å bedre tilbud til pasienter med rusproblematikk ved klinikken. Rapporten ble også brukt for å utarbeide opplærings og kurstilbud til ansatte. I dette arbeidet var brukerrepresentanter delaktige. Etter at intervjuene i runde en var gjennomført ble det arrangert et oppstartsseminar. Før runde to ble det arrangert et spredningsseminar.

I 2012 ble DDCAT runde II gjennomført. Dette for å måle effekt av de intervensjonene som var utført. De samme intervjuerne fra første runde gjennomfører også runde II. Intervjuene ble var i perioden januar 2012 t.o.m april 2012. Det ble gjennomført 16 intervjuer i runde 2. På grunn av omorganisering i klinikken ble fire av intervjuene i runde 1 og et av intervjuene i runde 2 ekskludert fra analysene. Ytterligere tre intervjuet ble avlyst pga sykdom etc. Det vil si at vi har før/etter data fra 84% av programmene.

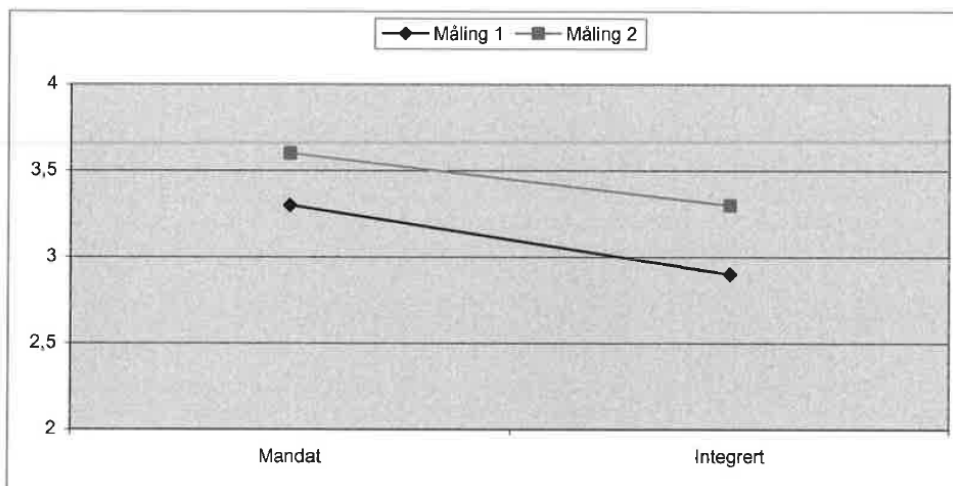
## 2.4 Statistiske analyser

Statistiske analyser ble gjennomført med Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Vi brukte paired sample T-tests da dette er en robust test og vi ønsket å sammenligne gjennomsnitt av skårer i måling 1 og måling 2. Siden utvalget er lite og derfor ikke er normalfordelt, kontrollundersøkte vi med nonparametriske tester (Wilcoxon Signed Rank Test). Vi fant de samme signifikante forskjellene med de to metodene. Vi vil kun referere til T-testene i resultatdelen under. Vi har ikke tatt stilling til om forventet endring vil være positiv eller negativ og har derfor brukt 2-tailed signifikansnivå. Vi har ikke kontrollert for at flere tester har blitt gjennomført samtidig (Bonferoni) og utvalget er lite, de statistiske sammenhengene bør derfor tolkes med forsiktighet.

## 3. Resultater

### 3.1 Programmets struktur

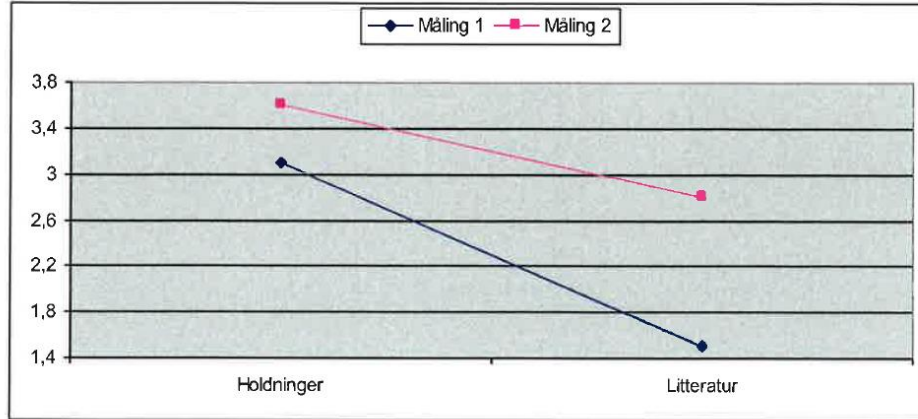
I denne delen evalueres hvordan enhetene er organisert og hvordan dette styrker eller svekker muligheten til å tilby god rusbehandling.



Gjennomsnittlig domeneskåre for programmets struktur har øket fra 3.1 til 3,4. Denne endringen er signifikant ( $t = -2,825$  og  $p = 0,013$ ). Videre, 8 program har forbedret sin skåre, 7 program har uendret skåre, mens 1 program hadde lavere skår ved måling to sammenlignet med måling 1. Vi fant signifikant høyere skår i variabelen mandat ( $t = -2,236$  og  $p = 0,041$ ) og for variabelen integrert behandling fant vi en tendens ( $t = -2,087$  og  $p = 0,054$ ).

### 3.2 Holdninger

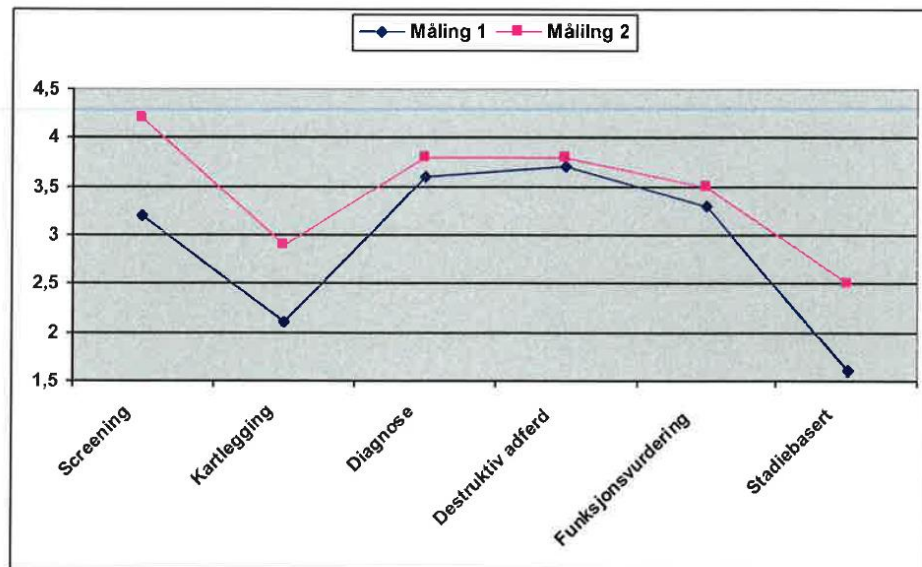
I hvilken grad er behandlingsprogrammene inkluderende for personer med både rus og psykisk lidelse.



Gjennomsnittelig skåre for domeneskåren holdninger har økt fra 2,3 til 3,2. Denne endringen er signifikant ( $t = -4,521$  og  $p = 0,001$ ). Videre, 11 program har forbedret sin skåre, 5 har uendret skåre og 1 program har lavere skåre. Vi fant en signifikant høyere skår for både holdninger ( $t = -3,000$  og  $p = 0,009$ ) og for tilgjengelighet av litteratur ( $p = -3,516$  og  $p = 0,003$ ).

### 3.3 Klinisk prosess: Utredning/diagnostikk og kartlegging

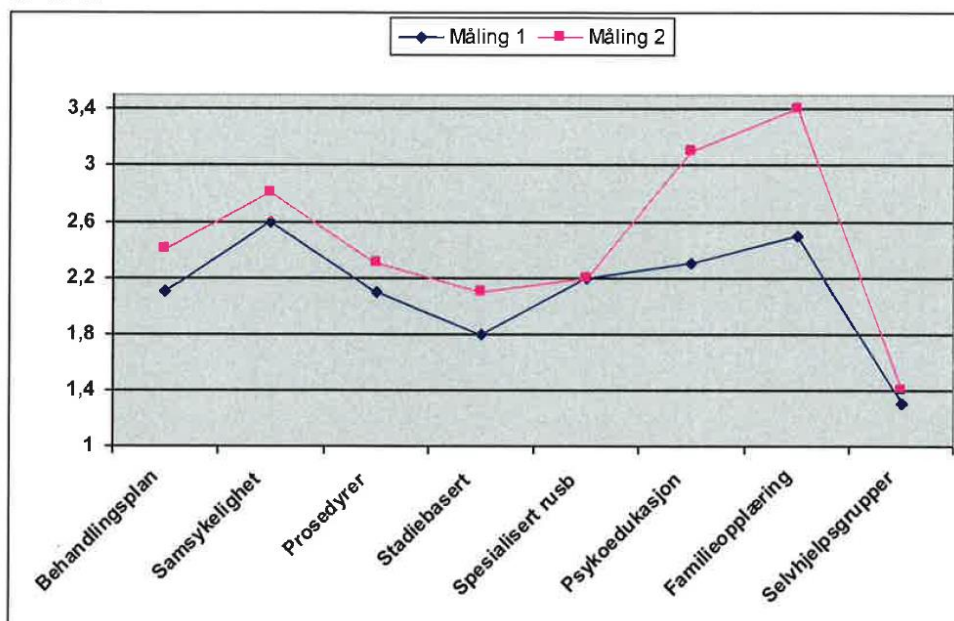
Hvordan behandlingsprogrammene screener, kartlegger og innhenter pasientens historikk både i forhold til psykisk lidelse og ruslidelse.



Gjennomsnittelig skåre for utredning, diagnostikk og kartlegging, har økt fra 2,9 til 3,4. Denne endringen er signifikant ( $t = -3,889$  og  $p = 0,001$ ). Videre 13 program har øket sin skåre, 1 har uendret skåre og 2 har fått lavere skåre. Vi fant signifikante høyere skårer for variablene screening ( $t = -3,873$  og  $p = 0,002$ ), ruskartlegging ( $t = -3,569$  og  $p = 0,003$ ) og stadiebasert kartlegging ( $t = -4,869$  og  $p = 0,001$ ). Vi fant ingen signifikante endringer i de øvrige underkategoriene knyttet til utredning, diagnostikk og kartlegging.

### 3.4 Klinisk prosess: Behandling

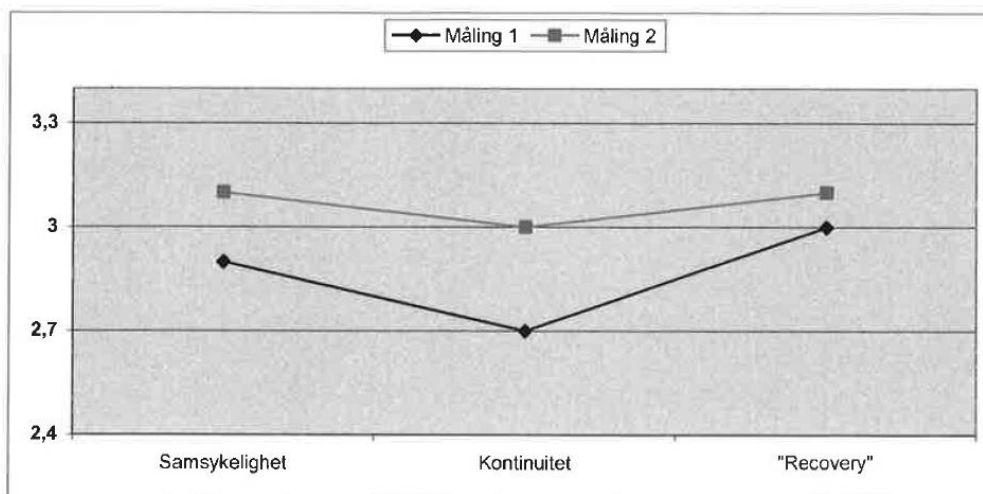
Hvordan behandlingen er organisert, prosedyrer og hvilke behandling som gis i forhold til ruslidelse.



Gjennomsnittelig skåre for behandling har økt fra 2,1 til 2,5. Denne endringen er signifikant ( $t = -5,119$  og  $p = 0,001$ ). Videre, 14 program har forbedret sine skårer, 1 har uendret skåre og 1 har lavere skåre. Vi fant signifikante høyere skårer for variablene psykoedukasjon ( $t = -8,062$  og  $p = 0,001$ ) og pårønderarbeid ( $t = -4,869$  og  $p = 0,001$ ). Vi fant også en tendens til høyere skåre for variabelen stadiebasert behandling ( $-1,861$  og  $p = 0,084$ ). Vi fant ingen signifikante endringer i de øvrige variablene under dette kompetanseområdet.

### 3.5 Kontinuitet i behandlingen

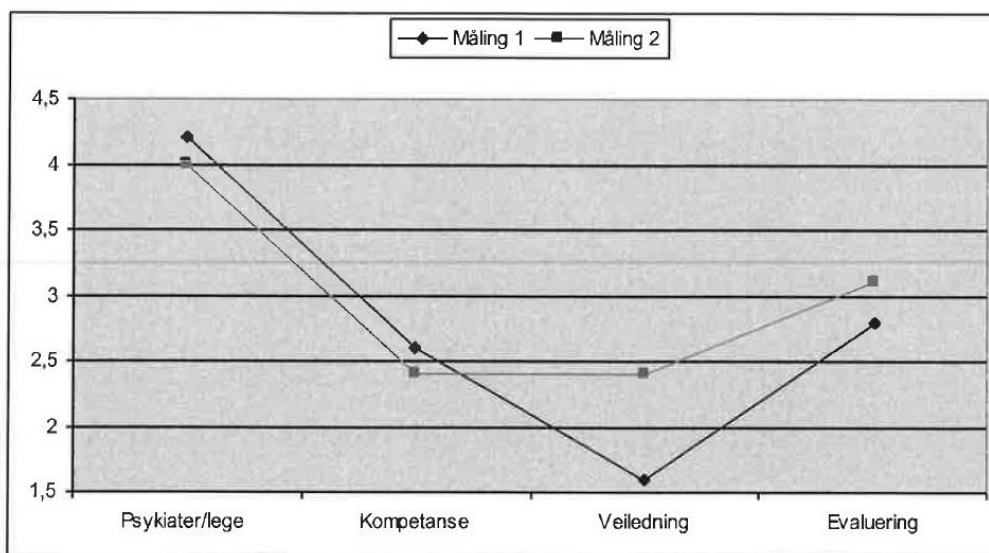
Tidsperspektiv i behandling, oppfølging i etterkant og overføring til annen behandling/omsorg. Sømløse behandlingstilbud.



Gjennomsnittelig skåre for kontinuitet i behandlingen har økt fra 2,9 til 3,1. Denne endringen er ikke signifikant, men det er en tendens ( $t = -2,092$  og  $p = 0,055$ ). Videre, 9 program har forbedret sin skåre, 4 har uendret skåre og 2 har lavere skåre. Vi fant en signifikant høyere skåre i variabelen kontinuitet ( $t = -2,646$  og  $p = 0,019$ ). Vi fant ingen signifikante endringer i de andre variablene under dette kompetanseområdet.

### 3.6 Personal

Denne delen av undersøkelsen tar for seg personalets kompetanse, utdanning i avhengighet.

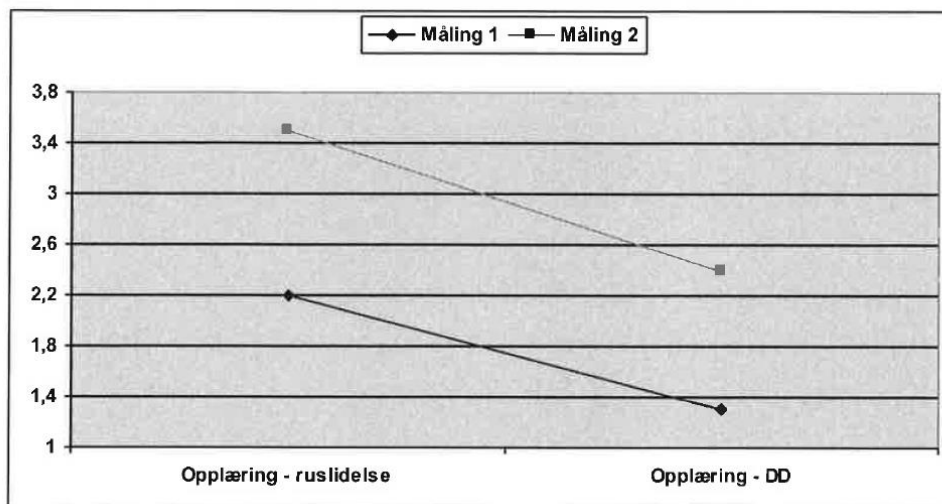


Gjennomsnittsskåren for kompetanse har økt fra 2,8 til 3,1. Denne endringen er ikke signifikant. Videre, 10 program hadde forbedret sin skåre, 3 hadde uendret skåre og 3 hadde lavere skåre. Vi fant signifikant høyere skåre for variabelen veiledning ( $t = -2,666$  og  $p = 0,018$ ) og en tendens til lavere skåre for variabelen psykiater/lege ( $t = 1,861$  og  $p = 0,083$ ). Vi fant ingen signifikante endringer hos de øvrige variabler innen dette kompetanseområdet.



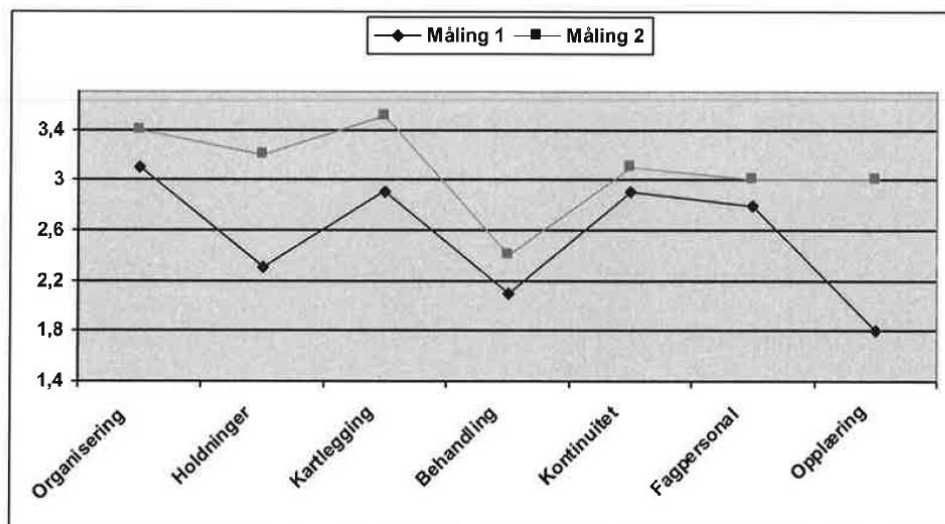
### 3.7 Opplæring

Kompetanseplaner og opplæring av personell i problematikken rus og psykisk lidelse.



Gjennomsnittsskåren for opplæring har økt fra 1,8 til 3. Denne endringen er signifikant ( $t = -4,564$  og  $p = 0,001$ ). Videre, 13 enheter hadde forbedret sin skåre, 3 hadde uendret skåre og ingen hadde lavere skårer. Vi fant signifikante endringer for både Opplæring i rus ( $t = -4,793$  og  $p = 0,001$ ) og opplæring i Dobbeltdiagnoser ( $t = -3,308$  og  $p = 0,005$ ).

### 4. Totalskåre



Gjennomsnittlig totalskåre for Psykiatrisk klinikk har økt fra 2,5 til 3. Denne endringen er signifikant ( $t = -4,793$  og  $p = 0,001$ ). Videre, 14 program har bedret sine skårer, 1 har uendret skår og 1 har lavere skår.

Uansett kan flere enheter bruke behandlingsplan mer aktivt, øke sin kompetanse på motiverende intervju og tilbakefallsforebygging ytterligere og se på hvordan eksisterende kompetanse (for eksempel kognitiv terapi), kan brukes i ROP-behandling.

Mange enheter har brukt tid og resurser for å øke sin kompetanse og for å gjennomføre kvalitetsforbedringer. Det er viktig at disse har fokus på å opprettholde og konsolidere de endringer som er gjennomført. Noen enheter bør jobbe videre for å heve kvaliteten på ROP-behandlingen. Dette gjelder særlig de som behandler pasienter med alvorlige sinnslidelser, men som fikk en skåre på under 3. Ledere bør sørge for at nye retningslinjer for ROP-lidelser gjennomgås slik at en er sikker på at behandlingen er i tråd med disse.

Økt brukermedvirkning og involvering av pårørende har vært et satsingsområde for klinikken. Dette fokuset bør opprettholdes. Videre, Likemannsarbeid og selvhjelpgrupper har lite fokus i klinikken. Det kan være gevinster å hente ved å integrere slike tilnæringer i klinikken behandlingstilbud. Dette vil bidra til et mer "recovery" orientert behandlingstilbud.

Hovedkonklusjonen fra undersøkelsen er at klinikken har endret holdninger, økt kompetanse og bedret praksis i sin tilnærming til ROP-lidelser.