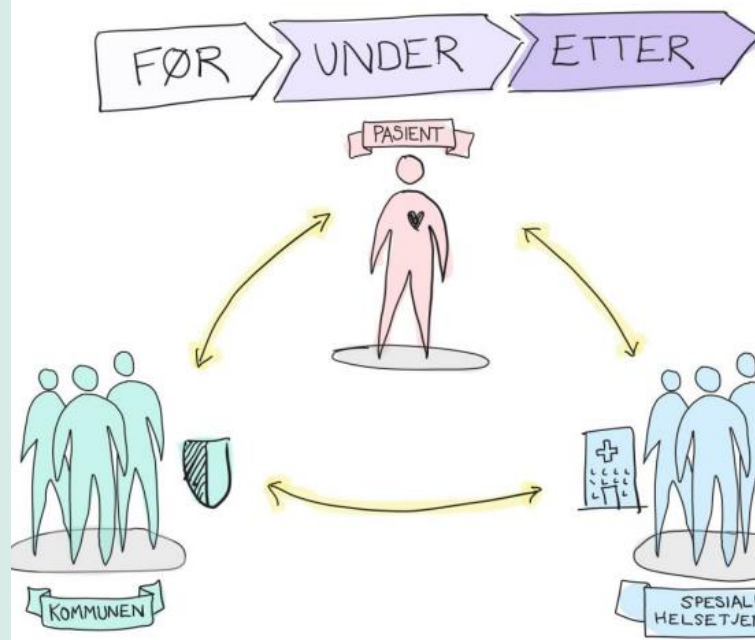


# Integrert ettervern

Gode forløp – hvordan får vi det til?

## Rapport fra nasjonal arbeidsgruppe *Integrert ettervern*



# Oppdraget

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

«De regionale helseforetakene skal innen rusfeltet utvikle en **tjeneste med integrert ettervern** som inkluderer **brukerstyrte plasser**, i **samarbeid med kommunene**. God samhandling er nødvendig både for å legge til rette for det som skal skje under tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og for det som skal skje etter utskrivning fra døgn-behandling.

*Pasientene i TSB er på ulike stadier før behandlingsstart, og **helseforetakene og kommunene må etablere kontakt tidlig i forløpet**. Helseforetakene må også koordinere videre forløp etter utskrivning fra døgnbehandling.*

*Det skal etableres brukerstyrte døgnplasser i helseforetakene, som gjør det enklere å oppsøke slike tilbud – uavhengig av hvor døgnbehandlingen er gjennomført. Det er viktig å sikre bruker- og pårørende-medvirkning i utviklingen av tilbudet. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF.»*

# Nasjonalt arbeidsgruppe

Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

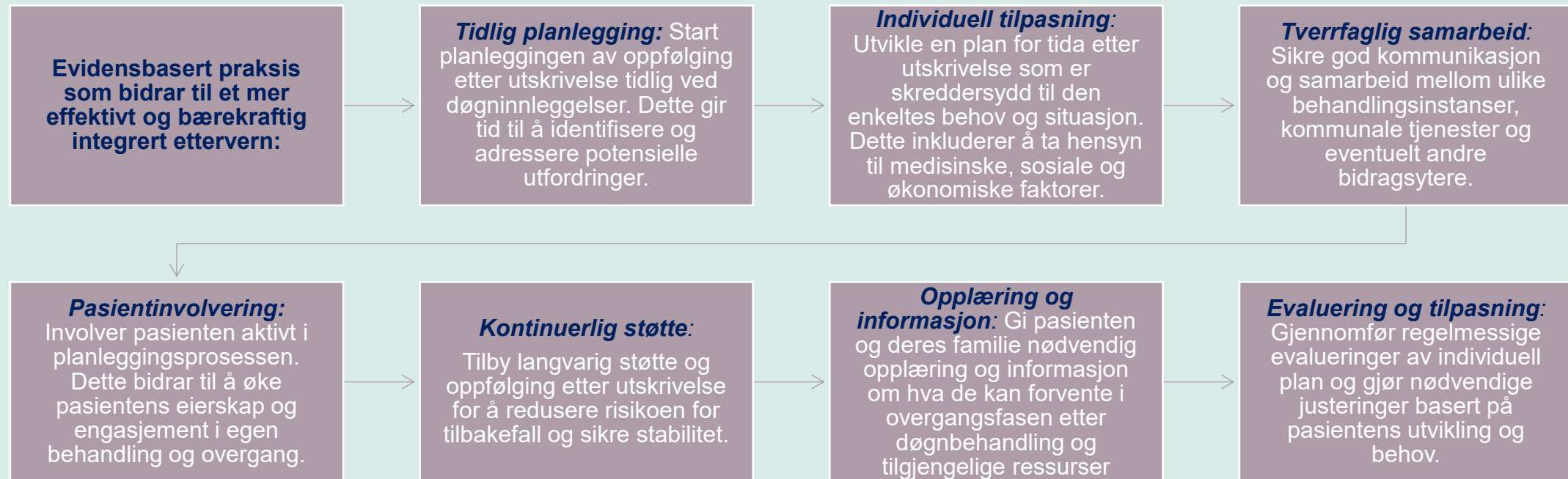
- Frode Bie, Helse Sør-Øst RHF (leder)
- Brita Næss, Helse Vest RHF
- Elise Solheim, Helse Midt-Norge RHF
- Frank Ivar Nohr, Helse Nord RHF
- Fredrik Nilsson, (RIO) En landsdekkende brukerorganisasjon på rusfeltet
- Christine Lønne, ProLar Nett
- Trude Lønning, Sandnes kommune
- Kari Anne Fauchald, Oslo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

# Definisjon av integrert ettervern

St. Meld. 5 (2024–2025) s. 129:

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

# Hva sier forskningen?



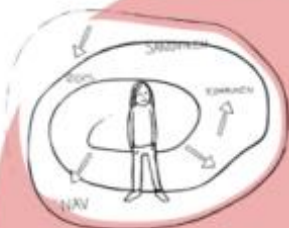
(Johannessen m.fl. 2020).

# Ansvarsfordeling

## Eksempler på tilbud som kan inngå i integrert ettervern

Spesialisthelsetjenesten	Kommune	NAV
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerstyrt seng</li> <li>• Brukerstyrt poliklinikk</li> <li>• Ambulant virksomhet</li> <li>• FACT team eller andre samhandlingsteam</li> <li>• Andre forsterkede tiltak</li> <li>• Digital eller tlf. oppfølging</li> <li>• IPS- jobbspesialister i samarbeid med NAV</li> <li>• Gruppetilbud – slik som psykoedukative tilbud som kan fortsette etter behandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse- og omsorgstjenester</li> <li>• Samtaler og oppfølging, også digitalt eller tlf. oppfølging</li> <li>• Fastlege</li> <li>• IPS – jobbspesialister i samarbeid med NAV</li> <li>• Kurs, opplæring og gruppetilbud</li> <li>• Nettverksmøter</li> <li>• Arbeids- og aktivitetstilbud</li> <li>• Tjenester i hjemmet</li> <li>• FACT team eller andre samhandlingsteam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomi rådgivning</li> <li>• Økonomiske ytelser</li> <li>• Tilrettelegging for arbeid og utdanning</li> <li>• IPS jobbspesialister</li> <li>• Midlertidig botilbud</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nettverksmøter med pårørende, pårørendegrupper, pårørendedager, helgeopphold</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolig til personer som blir vurdert til å være vanskeligstilt på boligmarkedet, jf. Lov om kommunens ansvar på det boligsosiale feltet.</li> </ul>	

# Brukerinnsikt



## Samhandling består av overganger og samtidighet

Brukerne opplever samhandling (ofte som vanskelig) når de står i en overgang, og (ofte som bra) når de opplever at tjenestene vet hva de andre gjør i det daglige.



## «Jeg vil bli behandlet som et menneske.»

Brukeren opplever å bli sett og forstått når:

- de eier tempo
- de blir pushet når de trenger det
- de opplever at deres behov, opplevelse og symptomer blir tatt på alvor
- de ikke blir sett på som en diagnose/ et funksjonsnivå
- de kan uttrykke seg på alternative måter



## Ventetiden er det vanskeligste - jeg trenger jo hjelp nå!

Når brukeren først har gått til det skrittet å oppsøke hjelp oppleves behovet akutt og man har en forventning om at man skal få hjelp umiddelbart. Da er det vanskelig å få beskjed om at ventetiden er flere måneder lang.

## «Tillitspersonen kan være hvem som helst - det må bare være en jeg stoler på, som kjenner min historie og som er der over tid.»

Hvem en bruker etablerer tillit til er ikke nødvendigvis den/de personene tjenestene definerer som tillitspersoner. Dette kan være en profesjonell aktør som en behandler, veileder i NAV eller fastlegen, men det kan også være en lærer, en pårørende eller andre som er i kontakt med brukeren.



# Riksrevisjonens rapport publisert 05.02.25

Dårlig samhandling mellom tjenestene og tjenestenivåene fører til svikt i oppfølgingen av personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse

- Uklare ansvarsforhold kan føre til at de blir kasterboller i systemet.
- Mangelfull samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fører til ineffektiv behandling og flere innleggelse.
- Integrasjonen mellom individuell jobbstøtte og helsebehandling er svekket.
- Virkemidler for bedre samarbeid fungerer ikke etter hensikten.

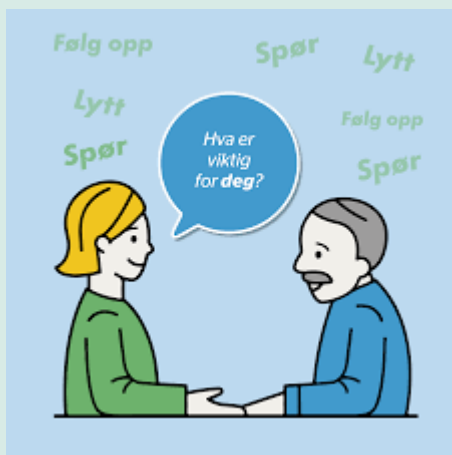




# Før innleggelse

- Mulighet for å ta kontakt FØR henvisning
- TSB kontakter pasient og henviser så snart som mulig
- Innhenter supplerende informasjon til henvisningen inkl: Hvem følger opp lokalt?
- Informasjon om behandlingsstedet og opplegget
- Avklaringer: organisering ift omsorgsoppgaver, bolig (alt i orden med kontrakt, betaling osv), pass av husdyr, økonomi/gjeld, allergier, arbeid/aktivitet, nettverk, øvrige hensyn?
- Avtale reisemåte og behov for bistand
- Før evt avrusing: Poliklinisk team tar kontakt og lager en behandlingsplan sammen med pasienten, inkl plan for nedtrapping dersom aktuelt

## Tre nivåer – felles mål



## Individuell tilpasning og pasient- involvering



Gode forløp forutsetter at pasienten kjenner, forstår og eier sin plan, på tvers av nivåer



### Hva må kartlegges?

Funksjon på sentrale livsområder, inkl pasientens egen vurdering.



### Hva må sikres?

Pasienten kjenner til egen plan (hva, hvem, veien videre)  
Planen deles med fastlege, kommunal oppfølger, pårørende  
Oppstart og lengde tilpasses individuelt

# Status for bruk av individuelle planen?



INDIVIDUELL PLAN FOR INTEGRERT ETTERVERN

FRIST: SENEST FOR UTSKRIVELSE

KOORDINATOR: \_\_\_\_\_

PLAN FOR STABILE BØFORHOLD

ADDRESSERE ØKONOMISKE FORHOLD

KARTLEGGJE BRUKERS FUNKSJONSnivå & MESTRINGSFØLELSE

OPPFØLGING FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN

KONTAKTPERSON: \_\_\_\_\_

AKTUELLE NETTVERK & AKTIVITETSTILBUD

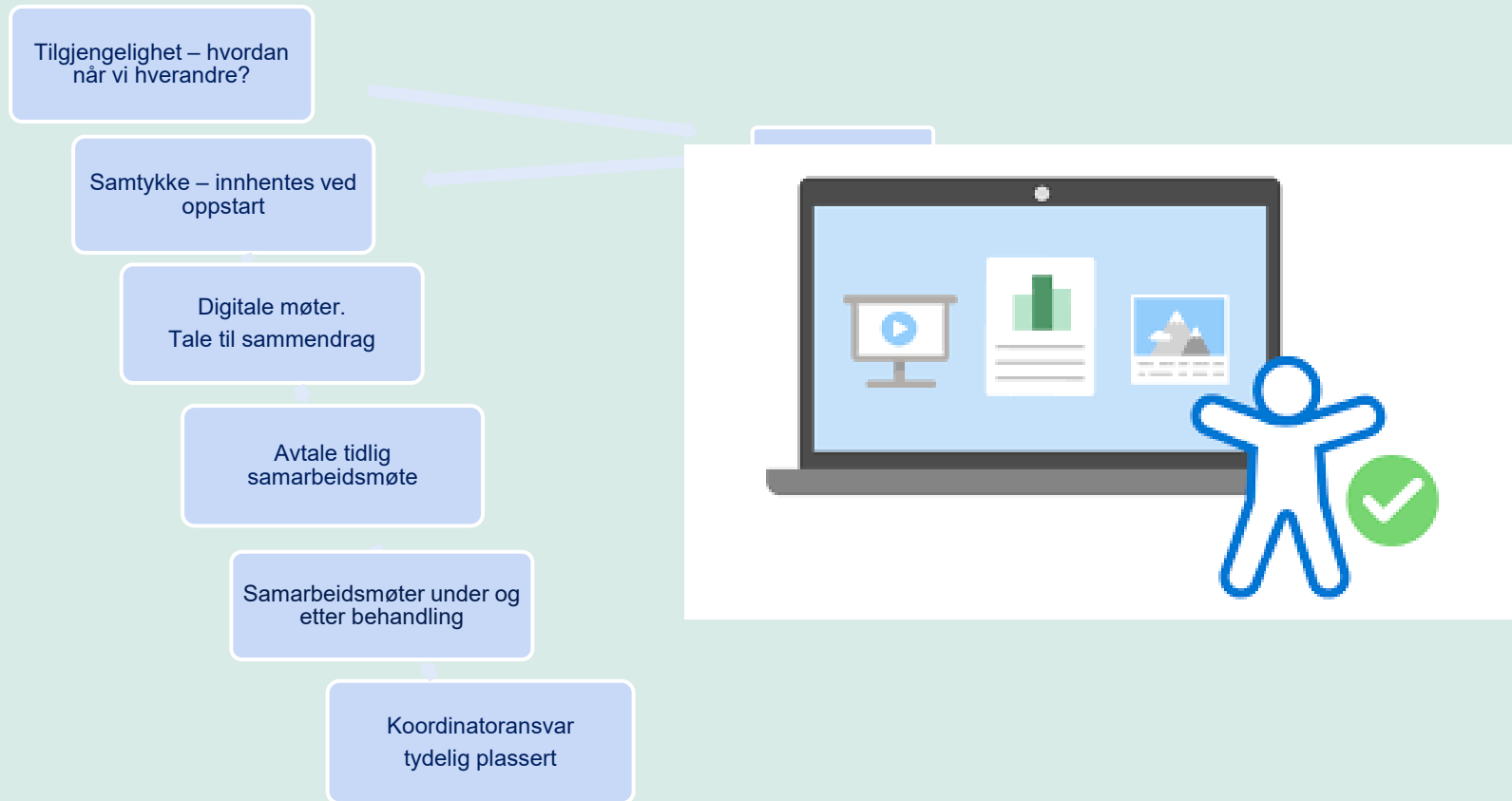
AKTUELLE TILBUD TIL PÅRØRENDE

PLAN FOR TANNHELSE & FASTLEGEOPPFØLGING

OPPFØLGING FRA KOMMUNEN

KONTAKTPERSON: \_\_\_\_\_

# Kommunikasjonsflyt mellom tjenestenivåene og pasient/pårørende



# Tilgang på sosiale nettverk, arbeid og aktivitet



- IPS jobbstøtte NAV/TSB/kommune
- Brukertorg/brukerkontor
- Pasientundervisning
- Senke terskelen for å oppsøke/prøve ut tilbud
- Starte med noe **før** utskrivelse
- Tilby aktivitet i behandling som det er realistisk å fortsette med etter behandling

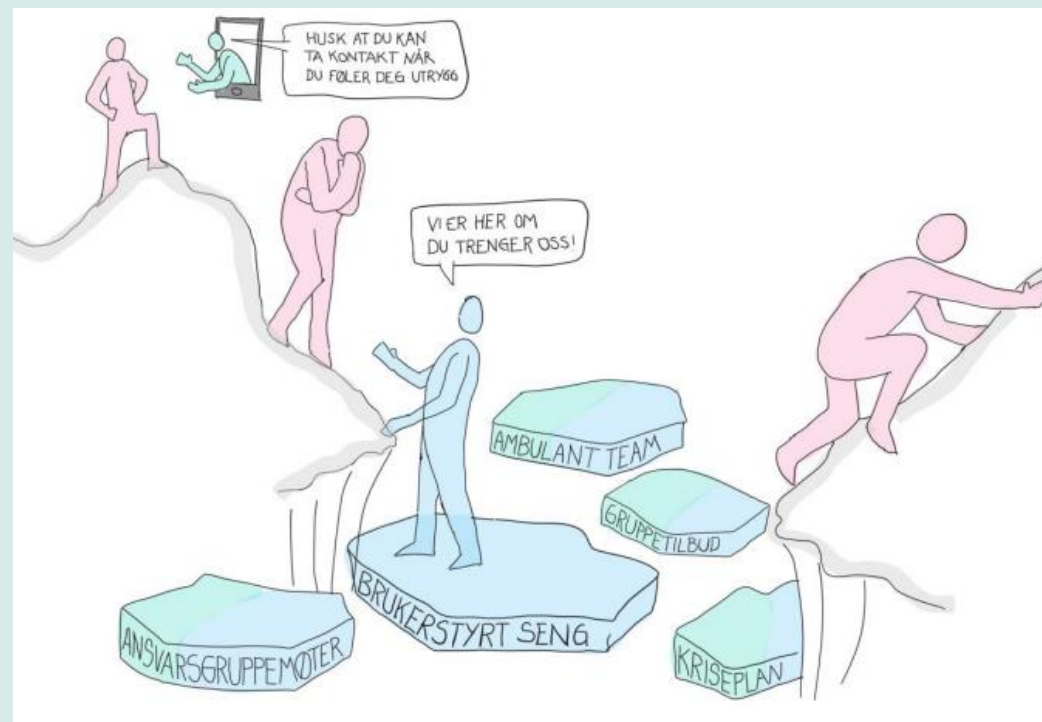
# Involvere familie/pårørende



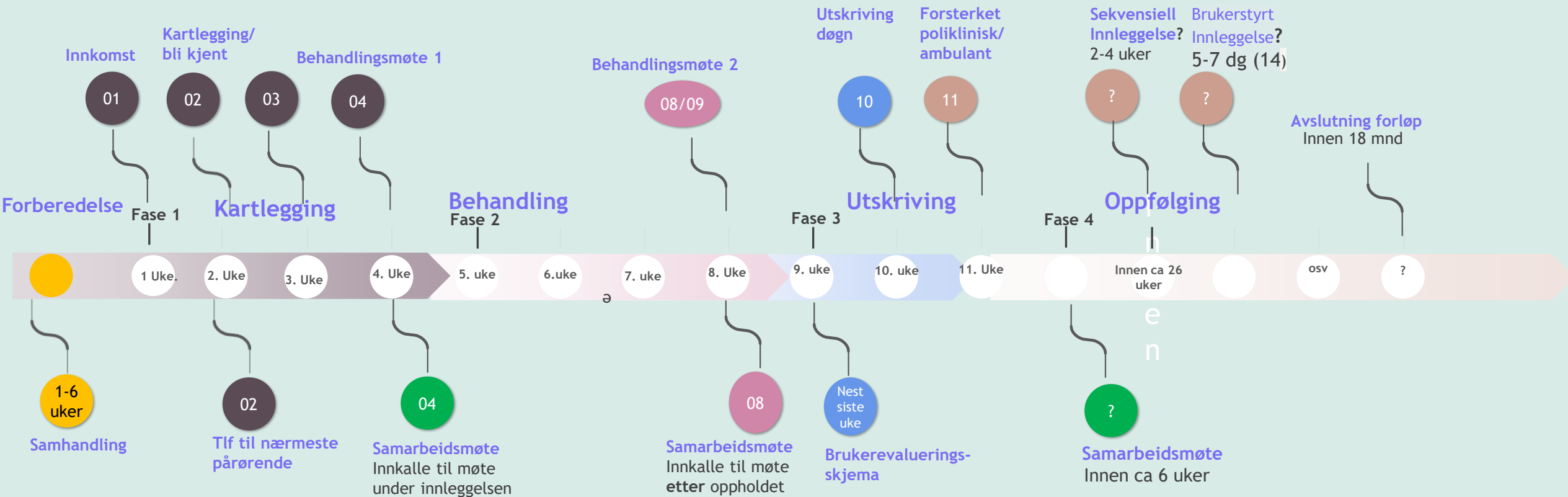
De nærmeste bør involveres på en systematisk måte.  
Det gir oppfølgingen eller behandlingen rekkevidde og styrker sjansen for god effekt over tid!

# Ved/etter utskrivelse

- Samarbeidsmøte før utskrivelse og avtale og et møte ei tid etter utskrivelse
- Kriseplan
- Avklare oppfølgingstiltak og ansvar
- Sekvensielle innleggelses og/eller Brukerstyrt seng
- Forsterket oppfølging i overganger
- Tilgjengelighet over tid



# Sekvensielt behandlingsforløp Avd. for alkohol og medikamentavhengighet



# Brukerstyrt plass

- Forebyggende tiltak.
- Avtale med tidsavgrenset varighet
- Kjent avdeling/personale og opplegg
- Innleggelse 5-7 dager
- Spesielt godt tilbud til kvinner?
- Trygghet for pårørende, forankret i kriseplan
- Avansert rusmestring, krever øvelse
- [Brukerstyrte innleggelse er et godt virkemiddel for økt rusmestring | Fontene.no](#)

## Brukerstyrte innleggelse er et godt virkemiddel for økt rusmestring

Blå Kors Klinikk Lade gjennomførte fram til sommeren 2022 et pilotprosjekt med brukerstyrte opphold i kjønnsdelt behandling for pasienter med alkohol- og medikamentavhengighet. Dette tilbudet er på full fart inn i menyen for pasienter i døgnbehandling for rusproblematikk.

