

Årsmelding 2019

- *Rusmestring og livsendring*
- *8 av 10 gjennomfører behandling*
- *Utenforskap på dagsorden*
- *Slik involveres familien i behandling*

Innhold

Direktørens tilbakeblikk	3
Tall og statistikk	5
Sekvensielle innlegger på Lade	9
Stor pågang av spillavhengige pasienter	11
Gamere til behandling på Haugaland	13
Nytt tilbud til ROP-pasienter på Borgestadklinikken	14
Ettervernsprosjekt i gang på Loland	16
2019 – et avgjørende år på Loland	17
Slemdal fikk pris for beste kontaktskaper	18
Satsing på utdanning av gruppeterapeuter	19
Folkehelsesatsing på Eina	20
Podcast med stor suksess	21
Flotte nye lokaler	22
Fagartikkel: Hvor blir det av pasientens familie?	23
Seks grep for å støtte relasjonsperspektivet	34
Historisk politisk støtte til ideelle aktører	35
Politisk kontakt og dialog	36
Sentrale verv for våre fagfolk	37
Årsberetning fra Blå Kors Behandling	38

Årsmeldingens redaksjon:
Kommunikasjonsrådgiver ved Blå Kors Borgestadklinikken Hilde Evensen Holm

Ansvarlig utgiver:
Divisjonsdirektør Janka Holstad

Janka Holstad

DIREKTØRENS TILBAKEBLIKK

Samhandling, utvikling og energi



Målet til Blå Kors står fast: Et enda bedre behandlingstilbud til enda flere. Derfor fornyer vi oss. Derfor lytter vi mer til brukerne våre. Derfor engasjerer vi oss i samfunnet rundt oss.

Med hånda på hjertet: Divisjon Behandling har aldri jobba bedre med innovasjon og samhandling enn i 2019. Det gir en vanvittig energi gjennom hele organisasjonen. Og det gir resultater.

Verdien av å løfte sammen

Fiks innsida, så vil innsida fikse utsida, har noen sagt om ledelse. Det er helt sant. De siste to årene har vi fått til mye godt samarbeid på den interne arenaen, mye takket være engasjerte og handlekraftige ledere og ansatte i Divisjon Behandling, som ser verdien av å løfte sammen. På ordentlig. Vi har gått kritisk gjennom hele organisasjonen vår, tjenestene våre og hvordan vi bruker ressursene. Hver for oss og sammen.

Dialog med brukerorganisasjonene

Ser vi oss tilbake, og oppsummerer det vi har fått til på snaue to år, står en ting klart for meg: Dette skal vi fortsette med. 2019 har også vært det året hvor vi for alvor har løftet blikket og intensivert dialogen med brukerorganisasjonene og publikum. Den dialogen er gull verdt: vi har blitt flinkere til å ta brukernes perspektiv, vi blir mer treffsikre og fleksible, og vi når ut til flere. På vårt beste redder vi liv. På det jevne hjelper vi folk som sliter med rus, psykisk sykdom og avhengighet til å mestre livet. Få ting kan måle seg med å lykkes i nettopp det.

Fornyelse

Et mål for året vi akkurat har lagt bak oss, var å jobbe målretta og systematisk for å fange opp nye behov i et samfunn som utvikler seg. Det skal vi fortsette med i 2020, under mottoet «Fornyelse eller forvitring».

Derfor er vi på konstant søken etter nye måter å løse oppdraget vårt på, slik vi for eksempel har gjort det på Blå Kors Lade, der vi har utvikla et helt unikt opplegg for sekvensiell behandling. Eller ved Blå Kors Borgestadklinikken, som nå tilbyr behandling for mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Eller ved Blå Kors Loland, der likemannsarbeid kombineres med brukerstyrte senger i et tredje spennende prosjekt, som setter brukernes medvirkning og behov i forsetet. Ved Blå Kors Haugaland utvikles et tilbud til 'gamere' som ikke er 'gamblere'. I 2019 tildelte Fengselsvesenet Blå Kors Slemdal prisen for beste kontaktskaper. Prisen fikk de for sitt nybrottsarbeid knyttet til samhandling til pasientens beste i forbindelse med paragraf 12-soning.

Mange av disse tiltakene kommer som følge av at vi har fanget opp behov, lyttet aktivt til brukerne og intensivert vår dialog med folk og virksomheter i det samfunnet vi opererer i.

Å ta del i samfunnsdebatten

I 2019 er jeg stolt av å si at vi har markert oss i samfunnsdebatten og lyttet til våre omgivelser. Podcasten «Utafor» – er lastet ned over 120 000

ganger, det har bragt oss opp på pallen for Norges mest populære podcaster. Arenaen har vi brukt til å skape engasjement og forståelse for temaer som vanligvis begraves i tabuer og skam. Med «Utafor» har vi vist at det som for mange er ganske vanlig, for andre er ganske vanskelig. Det fineste med å styrke samfunnsengasjementet, er den lytteposten vi også får, og som gir oss nødvendig inspirasjon til å tenke nytt om TSB.

Politisk arbeid

Granavoll-erklæringen har gitt oss i ideell sektor politisk støtte av historiske dimensjoner. Aldri før har vi sett en regjering med så store ambisjoner for ideell sektor. Den tilliten skal vi ta vare på. Og vi vet godt at den forplikter. Helseminister Bent Høie har også fulgt opp dette i sitt oppdragsdokument til våre regionale Helseforetak. Vi gleder oss over hvor konkret og målrettet politiske vedtak er, i ønske om å styrke ideell sektor.

Vi gleder oss også stort over den etterlengtede forskriften som nylig ble lagt frem. Den som skal gi stat og kommune mulighet til å reservere anbud for ideelle aktører. En viktigere politisk seier for ideell sektor enn denne forskriften skal man lete lenge etter. Her får vi virkelig en mulighet til å levere og vi er klare for å ta enda mer ansvar. Jeg innser at man må være en politisk nerd for å mene noe slikt; men jeg mener oppriktig at denne forskriften er rørende. Den anerkjenner ideelle aktører som en viktig samfunnsaktør og gir oss et svært godt verktøy i dette arbeidet.

Rørende er også den energien, rausheten og gleden jeg opplever i Divisjon Behandling for tiden. Nå er vi et lag og som trekker i samme retning. Det lover godt for årene som kommer. Jeg er ikke et øyeblikk i tvil: vi kommer til å levere enda bedre tjenester til enda flere.

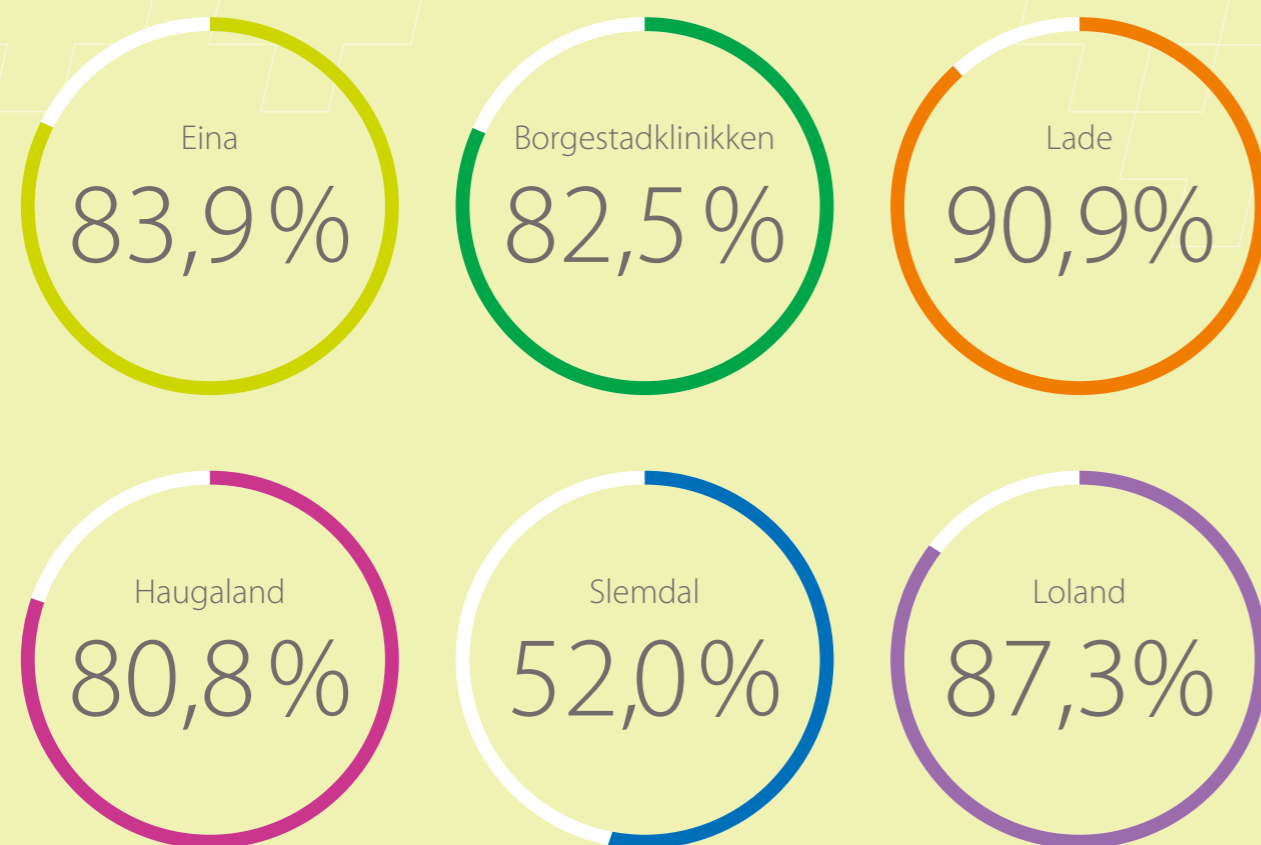
Janka Holstad, Divisjonsdirektør

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Blå Kors

Lade Behandlingscenter, Trondheim
Haugaland A-Senter, Haugesund
Borgestadklinikken, Skien
Eina Behandlingscenter, Vestre Toten
Slemdal Behandlingscenter, Oslo
Blå Kors Poliklinikk, Oslo
Loland Behandlingscenter, Vennesla



Andel som gjennomfører døgnbehandlingen:



De fleste pasientene gjennomfører behandlingen som planlagt. Bortimot 9 av 10 pasienter gjennomfører på Lade og Loland, og 8 av 10 gjennomfører på Eina, på Borgestadklinikken og på Haugaland.

På Slemdal er det en ung pasientgruppe (18-35 år) som har sammensatte vansker og som i større grad opplever det som vanskelig å gjennomføre. Det er selvsagt et mål å ha en så lav drop-out som mulig og det jobbes godt med dette på Slemdal. Det er gledelig å se at gjennomføringsprosenten har økt betydelig fra 31,6 % 2018 til 52 % i 2019.

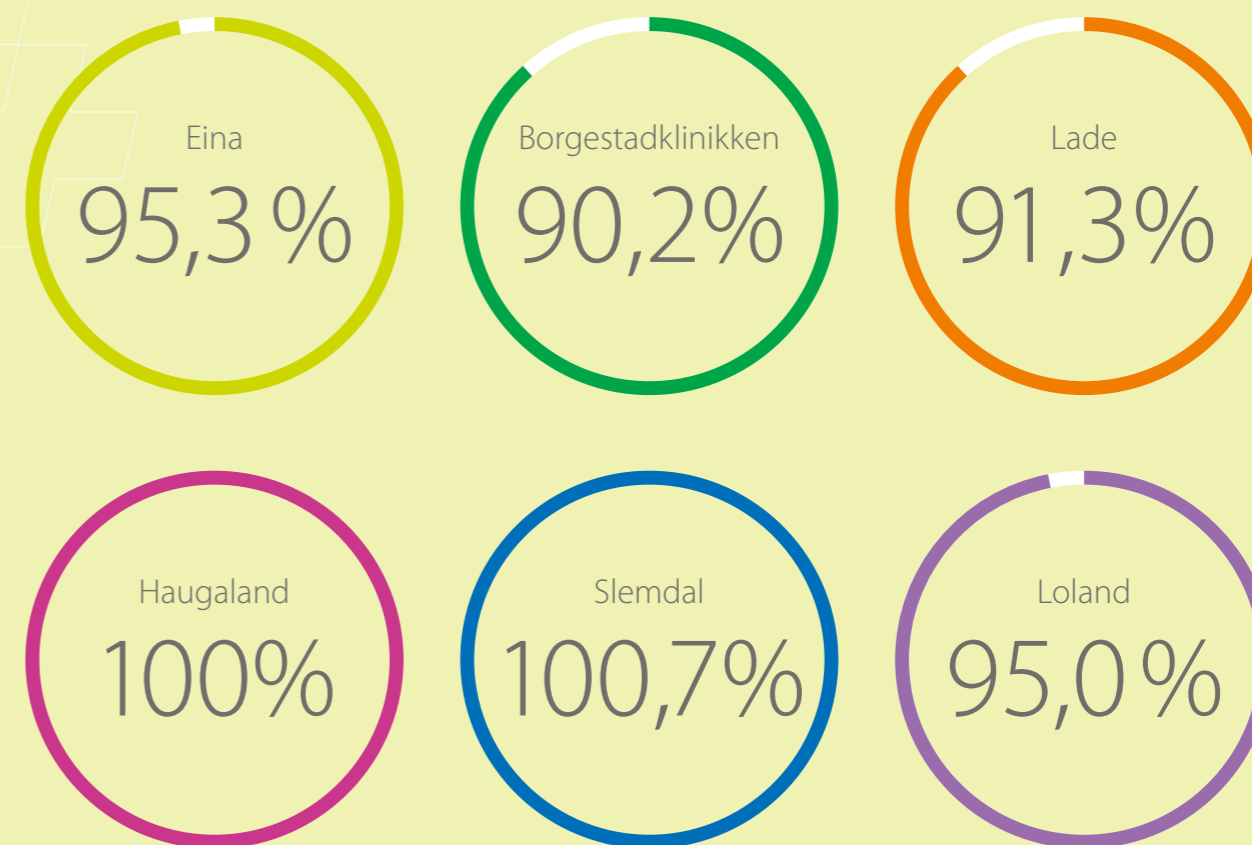
Ved innhenting av tallene så regner vi gjennomføringstall slik: Andel som gjennomfører

døgnbehandling (trekk fra prosentandel pasienter som har avsluttet/avbrutt behandling før virksomheten har definert behandlingstiltakene som avsluttet ifølge kriterier definert i Veileder for registrering i TSB)

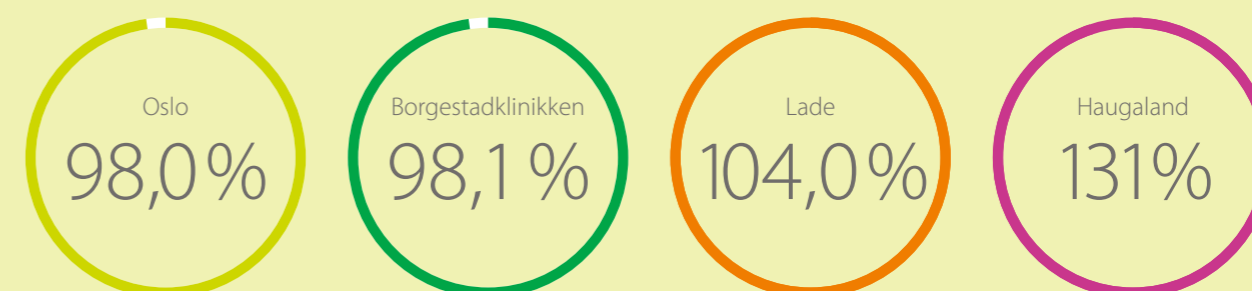
Vi teller antall pasienter hvor behandlingen avsluttes slik:

- 2) Ensidig fra helseinstitusjons/behandlers side
- 3) Ensidig fra pasientens side (beskjed gitt)
- 4) Pasient uteblitt (beskjed ikke gitt)
- 6) Dødsfall

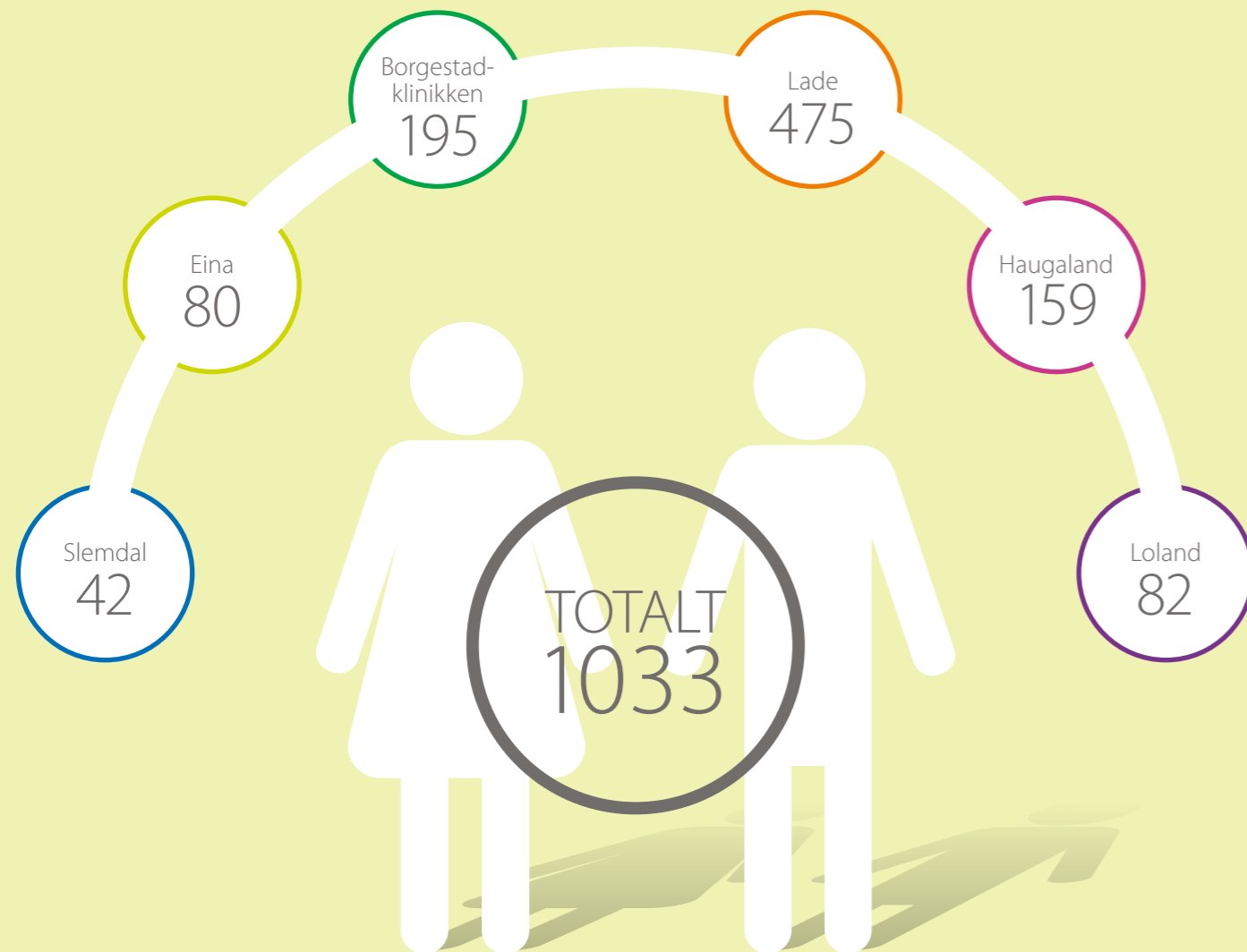
Gjennomsnittlig belegg i 2019:



Belegg i Poliklinikkene 2019:



Antall unike døgnpasienter:



Mer enn 1000 pasienter var innlagt ved en av våre døgnavdelinger i 2019. De er kvinner og menn med hver sine unike historier, livserfaringer og utfordringer. Felles er en avhengighet til alkohol eller andre rusmidler. Vi har 234 døgnplasser.

Vi har videre gjennomført mer enn 20 000 konsultasjoner i poliklinikkene i Trondheim, Oslo, Haugesund og Skien. Pasientene her er rusmiddel-avhengige, spillavhengige eller det er pårørende som trenger hjelp for egen del.

Målet er økt rusmestring:

-Gode erfaringer med sekvensiell behandling på Lade

Økt rusmestring tar tid og krever gjennomgripende livsendringer. Tilbakefall og nye innleggelser er regelen mer enn unntaket for mange pasienter. Sykdommen er kronisk og kompleks. Det krever at behandlingen, både av hensyn til den som ruser seg og de pårørende, blir tilpasset dette. Derfor tilbyr vi pasientene planlagte sekvensielle forløp. Det sier Åse Prestvik, leder for klinikkavdelingen på Blå Kors Lade Behandlingscenter.

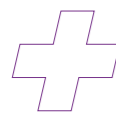
Tall fra Samdata (2018) viser at halvparten av pasientene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

får en ny innleggelse innen ett år etter utskrivelse. På Blå Kors Lade Behandlingscenter i Trondheim er det utviklet et tilbud som tar høyde for dette. Flere korte innleggelser i serie, såkalt sekvensiell behandling, er en del av tilbudet i klinikkavdelingen. Her kommer kvinner og menn til behandling for alkohol- og/eller medikamentavhengighet.

– Vi tar høyde for hva avhengighet er, når vi organiserer tilbudet vårt slik. Pasienter som må ha en reinnleggelse forteller om en opplevelse av nederlag fordi de ikke klarte å være rusfri over tid.



Det er en gjennomgripende livsendring å komme ut av rusmiddelmissbruk, sier Åse Prestvik på Lade.



– Det har virket forebyggende for meg å vite at det er gjort avtale om en ny innleggelse

Skammen øker gjerne terskelen for å ta kontakt, og pasienten mister mye helse på veien tilbake i behandling. Når vi organiserer behandlingen i flere korte innleggelser er økt rusmestring over tid målet, og vi holder kontakten med pasienten før, mellom og etter innleggelsene, sier Åse Prestvik.

En gjennomgripende livsendring

Erfaringene fra Lade er at dette ikke passer alle. En planlagt sekvensiell innleggelse er ikke ment å være en «nødhavn» som tilrettelegger for økende inntak av rusmidler. Et nært samarbeid med pasient, pårørende og andre hjelpeinstanser på flere nivå er viktig for å øke mestring mellom innleggelser. Omtrent halvparten av pasientene ønsker, og blir etter en tverrfaglig vurdering tilbudt, mulighet for sekvensielle innleggelser. Det innebærer gjerne flere innleggelser som hver varer i 4 til 8 uker. Førstegangsinnleggelse varer som regel i 12 uker. Det gir tid til å utrede og bli kjent med pasienten og legge en behandlingsplan.

– Det er en gjennomgripende livsendring å komme ut av rusmiddelmissbruk, sier Prestvik. Behandlingen skal gi rom for heling av fysiske og psykiske skader samt relasjonelle og nevrobiologiske følger av rusmiddelavhengigheten. Vi må regne med tilbakefall. Dette er en prosess. Og utskrivelse betyr ikke nødvendigvis at man er ferdigbehandlet.

Behandling i serie er en fortsettelse mellom hver innleggelse, ikke en gjentakelse, sier hun.

Mange gjennomfører behandlingen

Det er gode gjennomføringstall på Lade. Over flere år kan de vise til at mer enn 90 % av pasientene i klinikkavdelingen fullfører behandlingen. Det er også gjort en forløpsstudie hvor 7 av 10 pasienter rapporterer om betydelig økt rusmestring etter et år og 50 % sier de ikke har brukt rusmidler etter avsluttet behandling.

Virker forebyggende

– Det har virket forebyggende for meg å vite at det er gjort avtale om en ny innleggelse et stykke fram i tid. Det sier en kvinne fra Trøndelag som har hatt 5 kortidsopphold på kvinneposten på Lade etter sin første innleggelse i 2015.

Hun forteller at hun ble henvist til Lade Behandlingssenter for å få hjelp for sitt alkoholmisbruk. Hun har også slitt med medikamentavhengighet. Det er først og fremst alkoholavhengigheten som hun har trengt tid til å jobbe med.

– Det er trygt å komme tilbake til Lade, til behandlere og de jeg kjenner der. Jeg jobber hardt med å få kontroll på alkoholbruken min, og har god hjelp også lokalt her på hjemstedet.

Hun var innlagt i 3 måneder i 2015 og har siden hatt årlige kortidsopphold. Det siste året har det vært to innleggelser da hun opplevde å ha behov for det. Slik har jeg vedlikeholdt beslutningen min og har noe å strekke meg mot, sier kvinnen.

Poliklinikken i Oslo:

Stor pågang av spillavhengige pasienter



Spillavhengigheten handler som oftest om nettkasino, dernest poker og liveodds, noe bingo og trav, sier Ailin Strømsholm, som sier hun er stolt over den mangeårige kompetansen Blå Kors har bygd opp omkring spillproblematikk og spillbehandling.

En stor andel av de som søker hjelp ved Blå Kors Poliklinikk i Oslo er mennesker som trenger hjelp for spillavhengighet. Nye tall viser at omkring halvparten av pasientene i poliklinikken er mennesker med spillavhengighet.

Poliklinikkens tall fra 2019 viser at 118 personer ble henvist for spillproblematikk, 120 personer ble henvist for rusrelaterte vansker og 33 henviste er pårørende.

– Vi ønsker å skreddersy behandlingstilbudet bygd på disse pilarene: Individual terapi, gruppeterapi,

familie-/parterapi og psykomotorisk fysioterapi. Pasientene er ulike, og tidsperspektivet for behandling individuell, men det er ikke uvanlig at spillpasientene er i jobb og lever et familieliv. Kanskje er de i etableringsfasen, har små barn og skal kjøpe bolig når «boblen» sprekker og det kommer for en dag at det ikke er mulig å få lån fordi den som spiller i skjul har tatt opp stor gjeld, sier Ailin Strømsholm. Hun er kliniksjeff ved poliklinikken.

Spillavhengighet kan føre enkeltmennesker og familier ut i store økonomiske vanskeligheter.



Gjeldsrådgivning blir for noen en del av behandlingen.

Spillproblematikk rammer hele familien. Poliklinikken tilbyr familie- og parterapi og er opptatt av familie- og nettverksperspektivet. Noen ganger trenger pårørende hjelp for egen del fordi belastningene er store, og de får selvstendig pasientstatus på klinikken.

– Vi har et mål om å komme tidlig inn med behandling og hjelp. Våre tall viser også at mange med spillavhengighet sliter med ulike psykiske vansker. Tall fra 2019 viser at 34 % har det som betegnes som lettere psykiske vansker, mens hos rundt 20 % ser vi alvorlige psykiske lidelser, sier Strømsholm videre.

Et av behandlingstilbudene er et kortidsprogram, som består av 6-8 konsultasjoner, hver på 45 minutter. Dette er et tilbud som egner seg godt for personer som ikke har tilleggsproblematikk med eksempelvis psykisk lidelse eller rus, og som erkjenner at de har mistet kontrollen over spillingen og som vil ta grep.

Tema i korttidsbehandlingen er blant annet:

- Forstå spillets psykologi
- Håndtere spillelyst
- Analyse av spillesituasjoner
- Ta kontroll over spillesituasjoner og gjøre bevisste valg
- Takle stress og ubehag

Spillproblematikk rammer hele familien – i poliklinikken tilbyr vi familie og parterapi og er opptatt av familie og nettverksperspektivet.

Mange pasienter har behov for mer enn korttidsbehandling og trenger å arbeide med bakenforliggende problematikk, f.eks traumer eller annet. Vi ser at spillpasienter ofte går i behandling i cirka 1-2 år, sier Strømsholm.

SPILLPASIENTER VED BLÅ KORS POLIKLINIKK

- 82 % er menn
- 67% er i jobb
- 44 % bor med partner/barn
- 27 % har samvær med barn
- 25 % er ikke etnisk norsk
- 34 % har lettere psykiske lidelser
- 19 % har alvorlige psykiske lidelser

(Kilde; Her-og-nå tall fra Blå Kors Poliklinikk i mai 2019)

Gamere til behandling på Haugaland A-Senter

I mai 2019 ble dataspillavhengighet offisielt anerkjent som en medisinsk tilstand i diagnoseverktøyet ICD-11. Dette er på mange måter en milepæl og åpner opp muligheter for at flere gamere kan få hjelp hos oss som jobber med avhengighet, sier psykologspesialist John Eric Llera ved Haugaland A-senter.

Llera har det siste året hatt flere gamere til behandling i poliklinikken. De er som oftest unge menn som bruker det meste av tiden på å game. Når familie eller kjæreste reagerer og NAV og/eller fastlege syntes det må en endring til, blir de henvist for behandling. Ofte som noe annet enn direkte gaming-avhengighet, mer fordi gaming atferden påvirker i for stor grad andre aspekter i livet. Egen motivasjon hos spillerne til å ta grep og gjøre endringer kan variere.

– Hvis gameren bestemmer seg for å jobbe med gaming atferden og ønsker en endring, så kan vi tilby en metodikk med Motiverende Intervju og kognitiv atferdsterapi. Vi jobber med psykoedukasjon og legger vekt på blant annet søvn og kosthold. Vi kartlegger frekvens av spillingen; hvor mye og når på døgnet. Hvilken type spill og skjermtid generelt, sier John Eric Llera videre.

Han forteller at han selv er ivrig gamer og at det nok er en fordel som behandler å ha kunnskap og innsikt i gaming for å komme i dialog med pasientene. Det er ikke alltid et mål om å slutte å game- men tilpasse spillingen til livet utenfor spillverdenen.

At dataspillavhengighet nå er en godkjent diagnose er bra og på høy tid, mener Llera. Det gjør det lettere for gamere som vil ha hjelp å få den. Det er også lettere for fastleger og andre å henvise til avhengighetsbehandling nå, selv om det nok går et par år før diagnosekriteriene blir oversatt til norsk.

Nytt behandlingstilbud på Borgestadklinikken:

Nok tid og utredning viktig i behandling av ROP-pasienter

Blå Kors Borgestadklinikken åpnet sommeren 2018 Enhet for rus og psykisk lidelse (ROP-TSB). Dette er en langtids døgnenhet, med behandlingstid inntil 12 måneder. Pågang av henvisninger er meget bra og det første året hadde enheten 23 pasienter. Av disse gjennomførte 20 pasienter hele forløpet.

– Felles for våre pasienter er at de har en alvorlig ruslidelse og lett/moderat psykisk lidelse, sier psykiater Ånund Hobbesland.

Tverrfaglig team og høy spesialistdekning

Han er en sentral del av en kompetent stab med høy dekning av spesialister. Flere ansatte kom fra den tidligere utredningsenheten på klinikken og har vært med å bygge opp dette nye tilbudet som ble etablert etter anbudsprosessen i 2018. Hobbesland er blant de som er rekruttert direkte til den nye enheten. Om kort tid kommer også en ny psykologspesialist, så avdelingen har nå to erfarne psykologspesialister. Enheten har også lege i spesialisering, familierapeuter, sosionom, erfaringskonsulent og erfarne miljøterapeuter.

Avdelingsleder Lars Fredriksen løfter fram medarbeiderne sine og er stolt av jobben de gjør.

– Det er ikke tvil om at denne pasientgruppen er krevende. Vi bør ha kloke og klare hoder i møte med det som ofte oppleves kaotisk både for pasienten og de rundt. Det er heller ikke uvanlig at pasientene er relasjonsskadet. Det kan ta tid å falle

til ro og stole på oss. Det tar tid å bygge en trygg relasjon, sier Fredriksen.

Betydningen av en grundig utredning

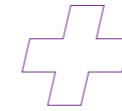
– Ett år i behandling kan virke som lang tid?

– Det er ikke så lang tid med tanke på den sammensatte problematikken vi ser hos pasientene. De skal få hjelp for sin avhengighetslidelse, psykiske lidelse og i tillegg ser vi mye somatisk uhelse. I møte med denne sammensatte problematikken jobber vi helhetlig, vi må jobbe bredt nok og dypt nok, sier Ånund Hobbesland. Han understreker hvor viktig det er å utrede grundig. Det er ikke uvanlig at pasientene har vært i mange behandlingstiltak tidligere, men har opplevd å ikke lykkes. Utredningen kan gi noen svar på hvorfor. Blant annet kan det være svært utfordrende å fungere i en gruppeterapeutisk setting når det viser seg at pasienten har kognitiv svikt, sier han videre.

Pasientene er også foreldre

Linda Øverland Galdal er forløpskoordinator og barneansvarlig på enheten. Hun forteller at det er en tilnærmet lik fordeling av kvinner og menn. Det er ikke så vanlig i rusfeltet, der det som oftest er en overvekt av menn. Erfaringen er også at det ikke er uvanlig at pasientene er foreldre, og at de også har samvær med barn under 18 år.

– Som ledd i våre rutiner kartlegger vi barnas situasjon i løpet av de første 2 ukene etter innleggelse. Vi jobber i et familieperspektiv og mener det er betydningsfullt at barna får komme



Vi ønsker å bidra til å bryte generasjonsoverføringen



Pasientene som kommer til ROP-TSB enheten på Borgestadklinikken har mange og sammensatte vansker. Grundig utredning og nok tid i behandling er et «must» sier avdelingsleder Lars Fredriksen, forløpskoordinator Linda Galdal og psykiater Ånund Hobbesland.

hit til klinikken på besøk. De får se hvor mamma eller pappa er til behandling og kanskje får de for første gang høre hva det er forelderen sliter med. Det er viktig å hjelpe både foreldre og barn til å snakke om dette som kan være skamfullt, sier hun.

– Vi erfarer også at pasientene ofte selv har hatt en oppvekst med rusproblematikk hos sine omsorgspersoner. Vi ønsker å bidra til å bryte generasjonsoverføringen, legger avdelingsleder Lars Fredriksen til.

Dette er sentralt i behandlingen:

- Utredning etter behov
- Utprøving og tilpasning av medisiner
- Behandling individuelt og i gruppe
- Fokus på tida etter behandling i UT-gruppe ved erfaringskonsulent
- Fokus på struktur i hverdagen og ferdighetstrening
- Fysisk trening
- Nettverk og andre samarbeidspartnere

Loland, A-larm og kommuner i nytt samarbeidsprosjekt:

Vil bedre ettervernet

Blå Kors Loland Behandlingscenter er del av prosjektet « Brukerstyrt seng og likemannstjenesten». Målet er færre tilbakefall etter fullført rusbehandling.

Bruker- og pårørendeorganisasjonen A-larm, Vennesla kommune, Grimstad kommune og Loland samarbeider om prosjektet. Med seg har de forskningsinstituttet NORCE som utfører følgeforskning for å måle effekt.

I prosjektbeskrivelsen heter det

«For mange rusavhengige i behandling oppleves overgangen til det rusfrie livet etter behandling som utfordrende. Strukturen og omsorgen de har erfart under behandlingen, og tilgangen på sosiale og aktivitetsmessige tilbud kan være kontrastfylt til livet de møter etterpå. Å ha noe fast å stå opp til om morgenen om det er jobb, skole eller annen aktivitet, virker meningsfylt, men krever også selvdisciplin og struktur. Det å stå alene om dette, og selv være pådriver kan oppleves vanskelig. Ofte er det overganger i livet som utløser rustrang hos den som er blitt rusfri, og den første tiden etter behandling sees som spesielt skjør. Mange ganger har ikke kommunene sterk nok kapasitet til å gi tilstrekkelig støtte og hjelp. Veien til et tilbakefall kan fort bli kort. Prosjektet Brukerstyrt seng og likemannstjenesten ønsker å tette dette hullet i ettervernet.»

Mentorordning som er gull verdt

Pasienter på Loland kan bli deltakere i prosjektet og få en mentor knyttet til A-larm. Mentor er en tidligere rusavhengig person som har vært rusfri over tid. De to skal møtes minimum en gang pr uke og mentor er ellers tilgjengelig på telefon og SMS.

– Vi erfarer at mentorordningen er gull verdt!



Siri Vegusdal på Blå Kors Loland Behandlingscenter sier mentorordningen er gull verdt. Hun er prosjektleder for dette spennende samarbeidsprosjektet på Sørlandet.

Deltaker og mentor gjør ulike ting sammen som for eksempel aktiviteter og kafebesøk. Dette er styrt av det deltaker har behov for. Mentor kan også bistå med praktiske ting, forteller prosjektleder Siri Vegusdal. Hun jobber 60 % i prosjektet og 50 % som sykepleier på Loland.

Brukerstyrt seng

Hun forteller videre at en viktig del av prosjektet er brukerstyrt seng. Det innebærer at deltaker kan komme tilbake til Loland for ett eller flere korttidsopphold de første 9 månedene etter utskrivelse.

–Intensjonen med brukerstyrt seng er at det først og fremst skal være et tilbakefallsforebyggende tilbud, sier Vegusdal. Her kan deltakeren få jobbet med det som oppleves spesielt utfordrende.

Så langt har 14 pasienter fra Loland vært del av prosjektet og blant dem har 4 benyttet seg av brukerstyrt seng en eller flere ganger.

Prosjektet skal gå over 3 år.

2019 – et avgjørende år på Loland

Dette året har vært det første hele året for Loland under ordningen Fritt Behandlingsvalg og Helfo- finansiering. Hvordan ville avdelingen fungere? Ville en lykkes med å få til gode behandlingsforløp? Ville pasienter ønske seg til avdelingen? Hvordan ville økonomien stå seg?

Daglig leder Frode Dunsæd oppsummerer året slik:

Fra årets start

I forbindelse med nedstengningen i 2018, startet avdelingen høsten 2018 uten viktige kulturbærere blant pasientene og startet sånn sett på bar bakke. Det var helt sentralt for gjenoppstarten at avdelingen kunne beholde erfarne ansatte.

Ansatte meldte ved inngangen til året at det hadde vært utfordrende å bygge opp ny behandlingsskole, med mange nye pasienter og færre ansatte. En hadde da hatt enkelte rusepisoder høsten 2018 og noe frafall fra behandlingen særlig rundt jul/nyttår.

Fra januar 2019 av og ut året, har en hatt en god behandlingsskole, med tydelige, engasjerte og samkjørte pasienter, få rusepisoder og det er ikke registrert noen episoder med trusler eller vold i 2019.

Pasientbelegg og venteliste

Pasientbelegget viste en positiv utvikling gjennom 2019 og endte opp på 95,6% (med utgangspunkt i 35 behandlingssplasser).

Ventetid for behandling ved avdelingen har i 2019 variert mellom 1 og 17 uker. I vår egen pasienterfaringsundersøkelse får vi gode tilbakemeldinger.

Økonomisk var 2019 ett krevende år

Avdelingen har fått god hjelp fra resten av Blå Kors for å komme i mål økonomisk.

Særlig har Blå Kors Norge bidratt med kapital, Blå Kors Eiendom med husleiefritak. Flere andre Blå Kors- virksomheter har også bidratt med hverdagsstøtte. Her kan en nevne Øvrebygging skole for leie av kjøretøy og Blå Kors Kristiansand for integrert ettervern.

Lokale bedrifter, lag og foreninger har også bidratt med økonomisk støtte til avdelingens aktivitetstilbud.

Sykefraværet har holdt seg stabilt gjennom året, og endte på rundt 5,7%, inkludert egenmeldt fravær. (SM: 4,9%, EM: 0,8%)



Pasientbelegget viste en positiv utvikling gjennom 2019 og endte opp på 95,6%

Pris fra Kriminalomsorgen:

Slemdal er beste kontaktskaper

Blå Kors Slemdal fikk en flott anerkjennelse for sitt arbeid da Oslo Friomsorgskontor utpekte Slemdal som «Årets kontaktskaper 2019».

I begrunnelsen for prisen heter det:

«Kontaktskaper-prisen deles ut årlig til en samarbeidspartner som har vist en ekstra innsats for våre domfelte. Ett av våre viktigste mål er å koble domfelte på positive aktører i samfunnet. For å få til dette trenger vi samarbeidspartnere som klarer å gi de domfelte muligheter og håp for framtiden. Samarbeidspartnere som kan gi de domfelte ny energi og tro på en positiv endring i sitt liv. Denne kraften skapt av våre samarbeidspartnere er et uvurderlig bidrag til vårt samfunnsoppdrag».

– Vi er opptatt av å gi pasientene som er her på § 12 (soning under behandling) tillitt og ha fokus framover, på tiden etter oppholdet på Slemdal. Det tror jeg er med på å gi dem håp, sier enhetsleder Lars Sandene Tolpinrud. Han trekker videre fram et nært samarbeid og hyppig kontakt og kommunikasjon med friomsorgen for å finne løsninger for den enkelte pasient, som viktig i arbeidet.

Prisen ble delt ut på et arrangement på Slemdal i januar 2020.



Stolte prisvinnere: Samhandlingskonsulent Karl Eknes og sykepleier Pelle Slagsvold ved Blå Kors Slemdal.



Ansvarlig for utdanningen: Bak fra venstre : Helle Jannece Elvebredd, Maleen Sevatdal, Tove Mathisen, Brit Hundstad. Foran fra venstre Hanne-Sofie Johnsen Dahl, Eva Berg, Tanja Antoinette Sætre Ekeid.

Stor satsing på utdanning av gruppeterapeuter

Blå Kors Borgestadklinikken har det siste året hatt en stor satsing på økt kompetanse for gruppeterapeuter.

60 fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten og kommuner i Vestfold og Telemark har deltatt. Alle med tilknytning til rus- og psykisk helse problematikk.

Det er Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi (IGA) som står for opplæringen. Temaet gruppeterapi har vært belyst fra ulike ståsted. Det har i alt vært 6 teori- og veiledningsgrupper som har vært ledet av gruppeanalytikere som er utdannet fra IGA.

Fagsjef Tove Mathisen på Borgestadklinikken tok, sammen med IGA, initiativet til satsingen. Hun sier den store bredden i deltakere har stor verdi fordi det gir mulighet til å utvide det faglige nettverket til den

enkelte og skape forståelse for hverandres ståsted. Satsingen setter også Borgestadklinikken på kartet, og den vitner om vårt faglige engasjement, sier Mathisen.

Dette regionale programmet består av 7 samlinger som alle har vært på avdeling Skien. Her er det forelesninger med teori, refleksjonsgrupper og storgrupper. Deltakerne skal også ha 50 timer veiledning og gjennomgang av teori.

Borgestadklinikken har selv hatt hele 20 behandlere med.

– Dette gir oss en unik mulighet til læring, mer kompetanse på å drive grupper og vi vil i tiden framover jobbe med implementering av den nye kunnskapen, sier fagsjefen.

Folkehelsefokus på Eina:

Ønsker å bidra til bedre helse og sunnere livsstil

Å spise mindre og bevege seg mer er velkjente strategier for en sunn livsstil. På Blå Kors Eina er det satt inn tiltak for å hjelpe pasientene med dette.

– Vi så at mange av pasientene la mye på seg i løpet av tiden de var hos oss. Det er ikke så unaturlig når en går fra en livsstil med mye alkohol og rusmidler, til struktur og fire gode måltider hver dag. Men når en samtidig opprettholder usunne vaner med mye ferdigmat, brus og godteri, er ikke det så bra og noen av pasientene utvikler fedme. Dette måtte vi gjøre noe med, sier enhetsleder Brede Gaupseth.

Pasientene på Eina er menn over 30 år som først og fremst kommer for å få hjelp for sin alkoholavhengighet.

– Mange har drukket i mange år når de kommer til oss. Gjennomsnittsalder er rundt 50 år. De sliter med avhengighet, psykiske helseproblemer og har også mye somatiske sykdommer og plager, sier Gaupseth.

Det er en overrepresentasjon av pasienter med rusproblematikk som også har, eller utvikler, et problematisk forhold til mat. Vi jobber tverrfaglig med dette på ulike arenaer. Gjennom individualterapi, psykoedukasjon i gruppe og praktisk tilrettelegging for fysisk aktivitet. Nylig er det også rekruttert to ergoterapeuter i staben. Sammen med øvrige miljøterapeuter har de ansvar for å tilrettelegge for variert fysisk aktivitet. Det handler om aktivitetstilbud som skiturer, spinning, svømming m.m.

Ikke alle pasientene er like motiverte for å delta og vi kan ikke tvinge noen, men vi er tydelige i vår



Fysisk aktivitet gjør godt for kropp og sjel! Her er det teknisk leder på Eina, Lars Sangnæs, som gleder seg over en skitur.

forventning om at pasientene skal være med. Vi legger opp til at det skal være aktiviteter som gir mestring og som er gøy. Vi erfarer at det lykkes vi med.

Forhåpentligvis kan det etableres noen nye vaner som pasientene også kan ta med seg etter tiden på Eina, sier enhetsleder Brede Gaupseth.

Podcast satte utenforskap på dagsorden

Blå Kors var med på å sette utenforskap på dagsorden da podcasten «Utafor» ble lansert høsten 2019. I løpet av kort tid ble den en av de mest populære podcastene her i landet.

Det er journalist og programsjef Synva Hjørnevik som står bak podcasten. Den ble støttet av Ekstrastiftelsen, og Blå Kors ved divisjonsdirektør Janka Holstad var prosjekteier.

I prosjektbeskrivelsen heter det at podcasten skal fungere som et direkte talerør for menneskene som sliter med utfordringer som almenheten ofte har en tendens til å stigmatisere. Lytteren skal gjennom podcasten lære å bli kjent med mennesket



Programsjef Synva Hjørnevik og divisjonsdirektør Janka Holstad gleder seg over podcast-suksess.

bak den vanskelige situasjonen, og historiene og opplevelsene skal bli fortalt på deres premisser.

Podcasten har hatt 8 episoder med tema som «Alkohol- hvorfor drikker du ikke», «Rusavhengig og gravid» og «Spillavhengighet».

Synva Hjørnevik gjorde mer en 60 timer med opptak og snakket med 35 personer. Dette var «vanlige mennesker» og noen av dem kom Hjørnevik i kontakt med fordi de hadde fått behandling eller hjelp i Blå Kors. Hun snakket også med eksperter, kjente profiler og politikere om de ulike temaene.

Dette ble til en podcast om det som er ganske vanlig, men likevel ganske vanskelig. UTAFOR satte dagsorden i nyhetsbildet, særlig arbeidsledighetsepisoden med Veronica Orderud som var avbildet i de fleste store mediehus i landet den dagen episoden ble sluppet. Ellers har podcasten blitt omtalt i mange lokalaviser som Moss Avis, Sandefjords Blad, Gjengangeren, Østlands-posten og Tønsbergs Blad.

Av tall via medieovervåker har Utafor hatt rundt 30 oppslag og omtaler på nett og papir i publiseringsperioden. I skrivende stund har podcasten 120 000 unike lyttere.

Flotte nye lokaler til behandlingstilbud for småbarnsfamilier med rusproblematikk

I september 2019 var det en åpningsmarkering av ny familieenhet ved Blå Kors Haugaland A-Senter. Direktør Kari Gunnarshaug, klinikkssjef Geir Iversen og psykolog Kjersti Strønstad innledet med en presentasjon av verdigrunnlag og visjon for familieenheten. Dette etterfulgt av taler, gaver

og snorklipping av divisjonsdirektør Janka Ekrem Holstad. Flott musikalsk innslag av lokal jazzvokalist og låtskriver Dorothea Økland. Arrangementet ble avsluttet med en fantastisk lunsj og omvisning for publikum. Vi ønsker å takke alle som var med og bidro til en flott og minnerik markering!



Artikkelen er første gang på trykk i Tidsskrift for Norsk psykologforening, september 2019.

Hvor blir det av pasientens familie?

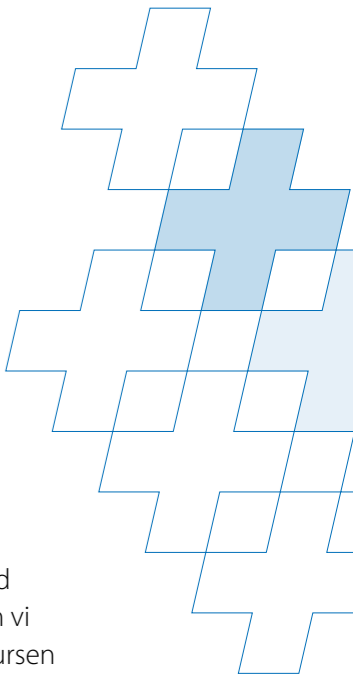
Pasienter og deres familier har mye å vinne på at vi inviterer familien inn i individorientert behandling, men det kan være vanskelig i praksis. Hva kan gjøres for å få det til? Her er seks grep for å involvere familien i individorientert behandling.

Av: Randi Skjerve, Psykologspesialist, Blå Kors Poliklinikk Oslo

Det drives lite familierapeutisk praksis i spesialisthelsetjenesten for voksne, selv om vi vet at psykiske lidelser og avhengighet rammer familielivet og at belastninger går i arv. Det er forunderlig, ikke minst innenfor avhengighetsfeltet, der jeg selv jobber: Det er dokumentert at behandling som involverer familie gir økt behandlingseffekt, både for den som har avhengighetsproblemet og for pårørende (Lindgaard, 2012a; Lindgaard, 2012b). Helsemyndighetene har gitt tydelige føringer. Retningslinjene fra helsedirektoratet sier at familie bør være involvert i behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2015), og helsepersonelloven §10 forplikter oss til å sørge for at pasienters barn og yngre søsken får informasjon om behandlingen og oppfølging ved behov.

Familierapeutiske tilnærminger kunne kvalitetssikret informasjonsarbeid overfor pårørende og gi metoder for å jobbe med samspillsvansker i belastede familier. Men vi benytter oss altså i liten grad av den ressursen familierapi kunne vært. Ofte blir ikke pasientenes familier involvert i behandlingen i det hele tatt. Involveres de, får de sjeldent tilbud sammen som familie (Selbekk & Duckert, 2009; Selbekk, 2016). En studie fra poliklinisk avhengighetsbehandling viste at rundt halvparten av pasientene bodde sammen med noen (partnere, barn, foreldre). Det var samarbeid med pårørende i vel 20 prosent av sakene, og så få som 8 prosent hadde fått en form for familiekonsultasjon (Ose & Pettersen, 2013).

Det kan være gode grunner til at pårørende skal få individualbehandling heller enn familiesamtaler, og det må selvsagt vurderes i hvert enkelt tilfelle. Men er det så få som åtte prosent som trenger familiesamtaler? Det må være andre faktorer enn behov som styrer familierapeutisk praksis i feltet.





Etter endringene har familierterapi blitt mer integrert i behandlingstilbudet ved klinikken. Familieperspektivet drøftes i alle saker.

På bakgrunn av erfaring fra eget arbeidssted, en poliklinikk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), tror jeg en del av svaret ligger i at systemisk praksis ikke passer inn i den individorienterte medisinske modellen behandling av psykiske vansker og avhengighet legger opp til. Erfaringene med familierarbeid ved vår klinikk kaster lys over det som kan sette en stopper for familierterapi og viktigere: hva som åpner opp for en slik praksis innenfor et individorientert system.

I vår klinikk hadde vi et eget familierteam som sto klar til å møte pasienter og familier deres. Behandlerne i teamet var alle skolerte familierterapeuter og teamet hadde støtte fra ledelsen. Vi finpusset våre terapeutiske metoder og gjorde iherdige forsøk på å overbevise kollegaer, pasienter og deres familier om at familieramtaler kunne være nyttig. Likevel slet vi med rekruttering av familier og med drop-out blant de få familierne som kom i familierterapi.

Slik var det, helt til vi begynte å jobbe på systemnivå med å styrke et relasjonelt perspektiv gjennom hele behandlingsforløpet. Vi ble opptatt av måten vi snakket om nye pasienter i fordelingsmøtene i klinikken. Vi snakket

med pasientene om hvordan avhengigheten virket inn på relasjonene deres alt fra første samtale. Vi ble oppmerksomme på hvordan det individuelle behandlingsperspektivet forstyrret helt inn i det familierterapeutiske rommet, og gjorde derfor endringer for å hjelpe pasienter, familiermedlemmer og oss familierterapeuter til å ta et relasjonsperspektiv og holde fast ved det i familieramtalene.

Etter endringene har familierterapi blitt mer integrert i behandlingstilbudet ved klinikken. Familieperspektivet drøftes i alle saker. Flere av individualterapeutene henviser til familierteamet. Selv om vi fortsatt har få barn under 18 år med i samtaler hos oss, har familieramtaler med partnere og voksne barn blitt en selvsagt del av behandlingsplanen for mange av pasientene.

Vår konklusjon er: Relasjonsperspektivet må inn fra oppstart av behandlingskontakten hvis familierterapi skal bli et reelt tilbud for pasientene og deres familier, og det kreves strukturelle endringer heller enn ildsjelarbeid for å få det til.

Et tilbakeblikk: Familierterapi i motvind

Som en av fire familierterapeuter og etter hvert koordinator for familierteamet, opplevde jeg hindringer på flere områder. Det største problemet var at teamet hadde for få saker. Vi var avhengig av å få henvist familier fra individualbehandlere på klinikken. Det var de som møtte pasientene først, og som måtte introdusere familieramtaler som en del av behandlingen. Det kom få slike henvisninger.

Teamet forsøkte å undervise kollegaene om familierterapeutiske perspektiv og behandlingstilnæringer i håp om å senke terskelen for å henvise familier til oss. Presentasjonene ble ofte møtt med en velvillig,

men kanskje litt distansert og uengasjert holdning. Flere henvisninger bidro de uansett ikke til.

Ofta hørte vi at pasienter ikke ønsket familieramtaler. Og skulle pasienten ønske seg familieramtaler, hendte det at familiermedlemmene ikke ville komme. De familierne som ble henvist, ble ofte involvert et godt stykke ut i pasientens individualbehandling. Hvem som ønsket at familierne skulle ha familierterapi, var gjerne uklart. Familierterapi ble kanskje mest en løsning for individualbehandlere når ingenting annet hjalp, eller når situasjonen var så tilspisset og fastlåst i familierne at de relasjonelle problemstillingene forstyrret den individuelle terapien.

Fra familierteamets ståsted var ikke dette enkle saker å få på bordet. Familierne droppet gjerne ut etter én eller få samtaler, eller kontakten bare «rant ut i sanden» etter mange avlysninger. Vi ble usikre på hvor god hjelp familierne fikk fra oss. Avbrutte behandlingsforløp var heller ingen god reklame overfor våre interne henvisere, så det var kanskje ikke så merkelig at individualbehandlere nølte med å sende pasienter til familierteamet.

Et alternativ var at familierterapeutene rekrutterte pasientene de selv var individualbehandlere for til familierterapi. For alle behandlerne ved vår klinikk, inkludert familierterapeutene, driver også med individualterapi. Man skulle tro problemet ble mindre når det var en behandler fra familierteamet som introduserte muligheter for familieramtaler for pasienten. Men nei, også vi slet med å rekruttere familier.

Og de gangene vi fikk det til, dukket det opp nye problemstillinger. Særlig vanskelig var det å gå fra å være den enes individualterapeut til å være familierterapeut for paret eller familierne. Når

jeg kjente den enes historie godt, var det denne historien som kom i forgrunnen for meg. Jeg ble mindre nysgjerrig på de andre familiermedlemmene og slet med å ta et relasjonelt perspektiv.

Det virket også som om noen familiermedlemmer trodde at deres oppgave i samtalen var å «være med til legen», eller å gi informasjon til meg. Jeg ble sittende med en følelse av å bli tvunget inn i en ekspertrolle, og av forventninger om at jeg skulle «fikse» pasienten eller i alle fall forklare hva som var galt med ham eller henne. Det ble også spørsmål om hvem som oppfattet situasjonen riktig. Pasientens beskrivelse kunne bli definert som mangelfull og ensidig, og det lå i luften at pasienten hadde holdt tilbake informasjon i individualsamtalene.

Familiermedlemmene kunne være offensive mens pasienten trakk seg unna og sa minst mulig. Det var som vi iscenesatte et samspill familierne hadde hatt før. Jeg tenker meg at familierne kunne gå ut med en opplevelse av at det ikke kom frem noe nytt i familieramtalen, at den ikke var til hjelp, og at det var ubehagelig å være tilstede.

Klinikken satt igjen med en situasjon der de færreste av pasientene hadde familieramtaler som del av sin behandling, og der de som hadde det ikke nødvendigvis fikk så mye igjen for det.

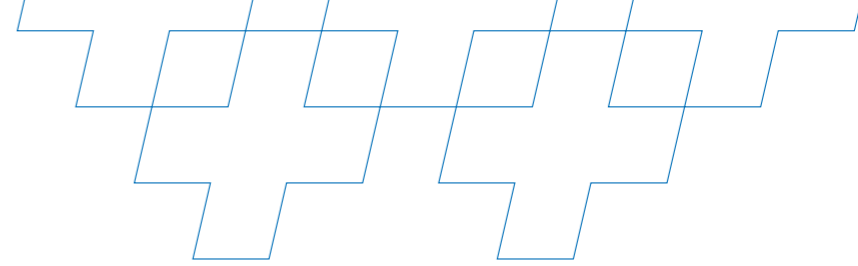
Hva var det som gjorde det så vanskelig?

Jeg tror vanskene våre bunnet i at hele systemet vårt er gjennomgripende individrettet, og at familierteamets forsøk på et relasjonsperspektiv både ble for overfladiske og kom for sent i behandlingsforløpene.

Selbekk (2016) beskriver de individorienterte kreftene i avhengighetsfeltet, og nevner tre



Det er ikke så rart at familierapi fremstår som et lite egnet verktøy i behandling av avhengighet når oppstarten av behandlingen er organisert så ensidig rundt individet.



diskurser som bidrar til en gravitasjon mot et individuelt perspektiv:

1. At man ser avhengighet som et medisinsk og psykologisk fenomen heller enn et relasjonelt fenomen,
2. oppmerksomheten på pasientrettigheter og brukermedvirkning i behandling gjør det mulig for pasienten å velge vekk familieinvolvering, og
3. at systemet gjør individualkonsultasjoner til den mest kostnadseffektive behandlingsformen.

Disse individorienterte kreftene kjenner jeg igjen fra egen klinikk. De viser hva som har stoppet oss i å få til familierapeutisk behandling tidligere og dermed hvor det trengtes forandring. De er derfor vel verdt å se nærmere på.

Avhengighet som et medisinsk og psykologisk fenomen.

Hva betyr det i praksis at det råder en gjennomgående individuell forståelse av avhengighetsproblematikk i feltet? Vi ser det alt i henvisningene vi får. I hovedsak får vi henvist pasienter fra fastleger. Henvisningene presenterer som oftest et individuelt perspektiv på pasientens problematikk. Diagnose blir selvsagt angitt i henvisningene, sammen med en beskrivelse av hvordan problemet virker inn på pasientens psykiske og fysiske helse. Forhold til arbeidslivet blir ofte nevnt. Det varierer langt mer hvilken informasjon vi får om hvordan problemet virker inn i nære relasjoner. Ofte nevnes ikke familiesituasjonen med et ord.

Den individuelle forståelsen av avhengighetsproblemer er rimeligvis også styrende for hvordan klinikken er organisert. Alle pasienter får tildelt en behandler, og denne behandleren gjennomfører individuell

kartlegging, sørger for en diagnostisk vurdering på bakgrunn av kartleggingsresultatene og lager en behandlingsplan sammen med pasienten.

Man er også pasientens individualbehandler. Familierapi retter seg først og fremst mot det som skjer mellom mennesker, og ikke hva som foregår inni hver enkelt. Det er ikke så rart at familierapi fremstår som et lite egnet verktøy i behandling av avhengighet når oppstarten av behandlingen er organisert så ensidig rundt individet.

Kostnadseffektivt? Hvordan kan det ha seg at individualterapi anses som mer kostnadseffektivt når den økte effekten og rekkevidden av behandling som involverer familie er så godt dokumentert? Dels handler det nok om at det ikke er behandlingseffekt, men antall konsultasjoner som måles i vårt system. Når individualterapi anses som en mer kostnadseffektiv behandling, handler det mer om hva som fungerer mest friksjonsfritt i systemet enn om hva som virker i behandling.

Familierapi er tidkrevende. Vi er to behandlere i familiesamtalene hos oss, og jeg kommer tilbake til begrunnelser for det. Vi setter av 15 minutter før og etter hver familiesamtale for å sikre godt samarbeid mellom behandlerne. Vi opererer også med dobbelttimer når vi har familiesamtaler. Familiesamtalene beslaglegger dermed mye tid. I tillegg er vår erfaring at desto flere deltakere som inviteres inn i behandling, desto høyere risiko er det for avlysninger. Når vi får avlysninger på kort varsel, sitter to behandlere uten «produksjon» i til sammen fire timer. I familiesamtaler kommer det også gjerne frem informasjon som fordrer tidkrevende tiltak, som voldsproblematikk eller bekymring for barns omsorgssituasjon.

På toppen av dette må man forholde seg til en rekke problemstillinger knyttet til

taushetsplikt, journalføring og rapportering fordi familierapportering ikke passer inn i de ordinære rammene. Dette er problemstillinger man kan finne greie løsninger på, men som kan virke overveldende og oppleves som en tidstyv før man får rutiner på plass. Med stort produksjonspress er det ikke rart at det er individualkonsultasjoner det satses på.

Brukermedvirkning innenfor gitte rammer.

Pasientrettigheter og brukermedvirkning står sentralt i behandlingsplanlegging. Mange av våre pasienter kommer til behandling med en individorientert endringsteori: «Det er hos meg problemet ligger, det er hos meg endringen må skje». Avhengighetsproblemer er også skambelagte og konfliktfylte og vanskelige å snakke med familien om. Det er derfor ikke så merkelig at pasienter ikke ber om familiesamtaler.

Men det er ikke det samme som at pasientene ikke vil ha familiesamtaler. Det er vel heller slik at det individuelle perspektivet pasienten kommer til behandling med, blir bekreftet og styrket av behandler og kartleggingsprosedyrer. I behandlingsplanleggingen blir begrunnelsen for å ha familiesamtaler uklar både for pasient og behandler når relasjoner ikke har vært vektlagt i kartleggingssamtalene. Følgen blir gjerne at pasienten sier «Nei, jeg tror ikke det er behov for familiesamtaler. Det er jo jeg som må ta tak i dette her».

Kanskje opplever pasienten at behandlingsalliansen står på spill også. Alliansen mellom pasient og individualbehandler blir etablert gjennom kartleggingssamtalene, og måten behandler møter pasientens fortelling er avgjørende for behandlingsalliansen. Spør behandler ensidig om hvordan problemet oppleves for pasienten,

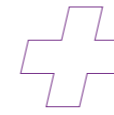
kommer det ikke frem at problemet også virker inn i pasientens relasjoner. Individualbehandler får ikke anledning til å vise at alliansen til pasienten også tåler disse sidene av virkeligheten. Da kan det kjennes risikabelt for pasienten å invitere inn familien.

Seks grep for å støtte relasjonsperspektivet

De individorienterte kreftene kunne ført til at vi ga opp ideen om et familierapeutisk tilbud eller at familierapportering fortsatte å eksistere på siden av behandlingstilbudet ellers. Men vi klarte å komme oss ut av dette sporet. Den mest avgjørende var familierapporteringens egen perspektivendring: Fra å være innovervendt og opptatt av våre terapeutiske tilnærminger, til å se oss selv fra pasienters, familiemedlemmers og individualbehandlerens perspektiv. Grunnleggende spørsmål kom opp: Hva er oppdraget vårt? Hva trenger våre interne henvisere, våre pasienter og deres familier å vite om oss for å dra nytte av familierapporteringen? Hvilke betingelser trenger behandlerne i familierapporteringen for å holde fast ved en relasjonell forståelse? Arbeidet innebar både å lage helt nye rutiner, og å gjenvekke og forsterke elementer i måten vi jobbet på fra før. Vi fant noen grep som ser ut til å virke, og jeg vil beskrive noen av dem her.

1. Tydeliggjøre forholdet mellom individualterapi og familierapportering.

Vi trengte å vise hvordan relasjonelle og individuelle perspektiver kan passe sammen i behandling av avhengighet. For å unngå at familierapportering fremsto som et alternativ til individualterapi, definerte vi oppdraget vårt helt eksplisitt som et supplement til individualterapi. Vi sa til individualbehandlerne at målsettingen i familiesamtalene ikke var at pasienten skulle slutte å drikke eller spille: «Det er pasienten som skal slutte med det,



Min erfaring med relasjonell kartlegging er at alliansen mellom pasienten og meg styrkes når vi kan snakke om hans eller hennes nære relasjoner.

ikke familien». Vi sa at familierapportering kan bidra til at familien kommuniserer bedre om hvordan avhengighetsproblemet virker inn i familielivet. «Når familiemedlemmene forteller hverandre om hvordan de opplever situasjonen og man får øye på samspillsmønstre som alle parter bidrar til å opprettholde, blir det ofte mer forståelse og et bedre klima for endring både for pasienten og de andre i familien».

2. Relasjonsorienterte fordelingsmøter.

Klinikken som helhet jobbet med å utvide perspektivet fra individ til relasjon, og det allerede fra det øyeblikket hvor henvisningene blir mottatt. Vi har et ukentlig fordelingsmøte der alle behandlerne på klinikken samles. I stedet for å vektlegge diagnose og sykehistorie når pasientsakene presenteres, tilstreber vi å presentere pasientene gjennom situasjonen de lever i og rollene de har: «Dette er en mann på 48 år. Han jobber i en rørleggerbedrift, har samboer og voksne barn. Fastlegen mener at alkoholbruken begynner å gå ut over leveren hans». I saker der familie er omtalt i henvisningen, nevnes det at «Dette kan bli en familiesak». Når familie og livssituasjon ikke er beskrevet, blir mangelen på informasjon kommentert.

Det som blir sagt om pasientene i dette møtet bidrar til å forme vår felles tenkning om pasientenes problem, og om mulige behandlingstilnærminger. Behandleren som skal møte pasienten, ser lettere for seg rørløseren med samboer og bekymrede voksne barn, og ikke bare «middelaldrende mann med alkoholmisbruk». Slik løfter vi relasjonsperspektivet inn i klinikkens forståelse av hver enkelt pasient.

3. Relasjonsorienterte kartleggingssamtaler med pasienten.

Vi ønsket også at det skulle bli naturlig for pasientene å trekke inn sine relasjoner i de første kartleggingssamtalene, og prøvde flere metoder. Vi jobbet med genogram i anamnesearbeidet, trakk inn familiemedlemmers perspektiv i ambivalensutforskning, og bestrebet oss på å stille relasjonelle spørsmål fra første individualtime, inspirert av Borgestadklinikken tilnærming (Hansen, 2009). Jeg tror ikke det er så avgjørende hvilken relasjonsorientert tilnærming som brukes, men at det brukes og at det brukes fra første stund av behandlingskontakten.

Min erfaring med relasjonell kartlegging er at alliansen mellom pasienten og meg styrkes når vi kan snakke om hans eller hennes nære relasjoner. For pasienten kan det å få kontakt med hvordan

avhengighetsproblemet virker inn på familien også være en drivkraft til forandring. I arbeidet med behandlingsplan blir familiesamtaler et naturlig element etter en relasjonsorientert kartlegging.

4. Tydelig informasjon til pasienter og familiemedlemmer. Vi ville forberede pasienter og deres familier bedre på hva familierapi innebærer. Pasientene får nå med seg skriftlig informasjon om familietilbudet til dem eller den som inviteres med til samtale. Budskapet er at pasienten og familiemedlemmene er likeverdige deltakere i familiesamtalene, at vi er like interesserte i alles perspektiv, og at vi sammen blir enige om hvilke tema vi skal snakke om når de kommer. Med dette ønsker vi å unngå forventninger om å skulle være «støttespiller» eller «en som skal gi opplysninger», og å dempe frykten for at familiesamtalene vil handle om fordeling av skyld eller å måtte ta på seg flere oppgaver. Det står også at vi har tre familiesamtaler i første omgang, med mulighet for flere om man ønsker det. Informasjonen er ment å senke terskelen for familiemedlemmer til å komme til familiesamtaler.

Behandlingsansvarlig for familien ringer også alle familiemedlemmene før første samtale, for å etablere kontakt og svare på spørsmål. Slik får vi

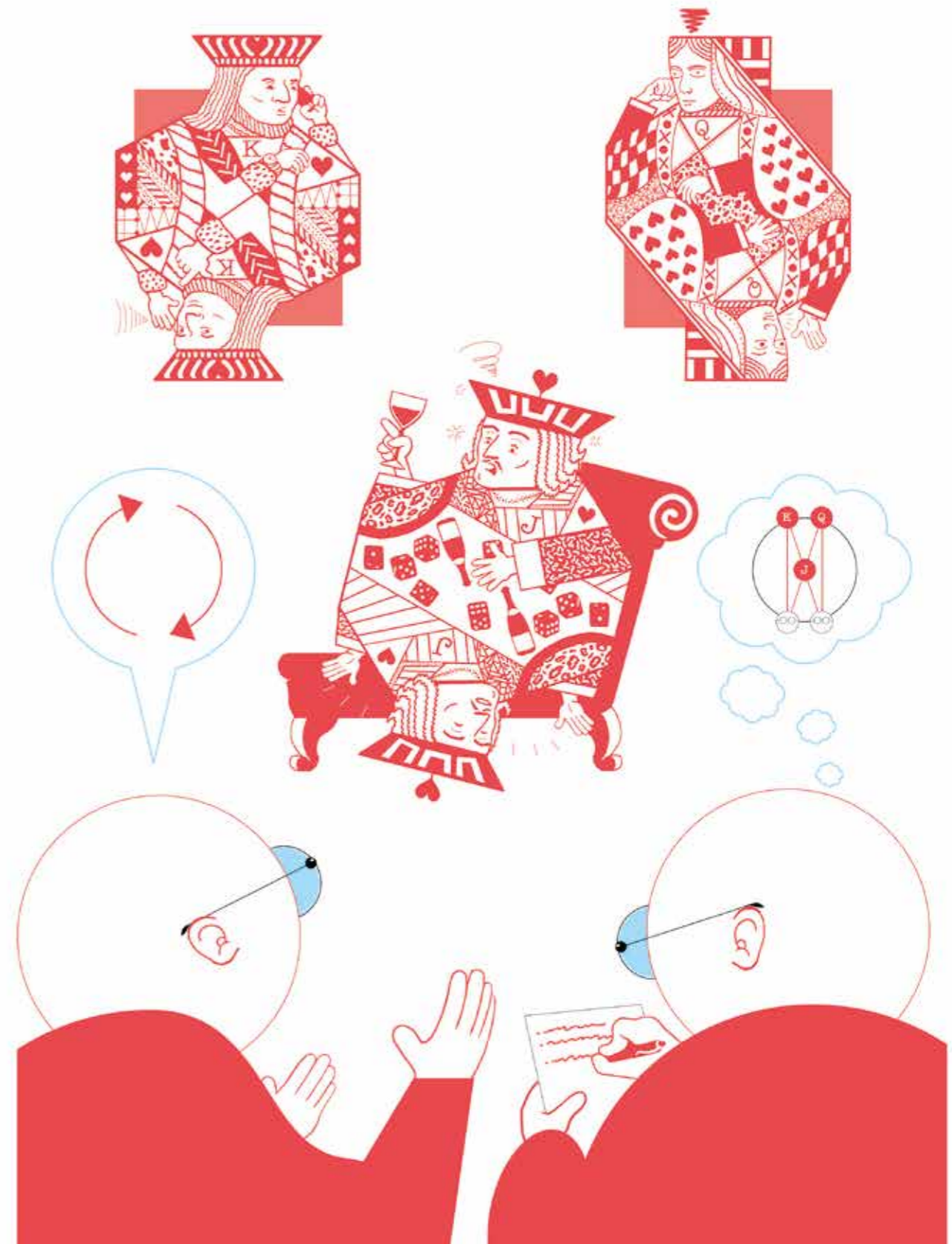
mulighet til å avklare forventninger og gjøre det tryggere for familiemedlemmene å komme til oss.

5. Begrens forhåndsinformasjonen familierapeutene får om pasienten. Vi har sluttet å ta for gitt at en familierapeut kan velge mellom et relasjonsperspektiv og et individuelt perspektiv som om han eller hun skiftet briller. Vi innførte en hovedregel om at pasientens individualbehandler og behandlingsansvarlig i familiesamtalene ikke skal være samme person. Slik får familierapeutene likt utgangspunkt for relasjon med alle familiemedlemmene. Vi er også blitt mer bevisste på hvilken informasjon pasientens individualbehandler formidler til familierapeutene i forkant av familiesamtalene: Mye forhåndsinformasjon fra pasientens perspektiv er med å prege familierapeutens forventninger og tilnærming i familiesamtalene. I stedet vil vi at mest mulig informasjon kommer frem i familiesamtalen, med alle tilstede og med alles bidrag.

6. Tydelig styring i familiesamtalene. Vi ønsker å hjelpe frem et relasjonsperspektiv hos familiemedlemmene i familiesamtalene. Forutsetningen for at de kan bli nysgjerrige på hverandre og på samspillet seg imellom, er at alle



Vi opplever nå mer engasjement for familierapi blant de øvrige behandlerne i klinikken. Flere av individualbehandlerne henviser familier til familieteamet.



Illustrasjon: Kristian Utrmark

kjenner seg trygge og at alle opplever å bli hørt. Det krever styring av hvem som er i snakke- og lytteposisjon, oppmerksomhet på dem som lytter så vel som den som snakker, og at behandlerne kan hjelpe til med å regulere emosjonell aktivering hos familiemedlemmene. For å få til en slik ramme, er vi to behandlere med avklarte roller i familiesamtalene. Den ene er behandlingsansvarlig og leder samtalen. Koterapeuten sitter i en reflekterende posisjon, jamfør reflekterende team (se for eksempel Andersen, 2005). Koterapeuten blir invitert til å dele det vedkommende har hørt og sett underveis i samtalen, mens familien blir bedt om å lytte. Familien får da en liten pause der de kan ha oppmerksomheten på noe utenfor seg selv. Dette bidrar til å få ned tempo i samtalen, regulere aktivering hos familiemedlemmene i tillegg til at de får innspill som inviterer dem til refleksjon.

Ofte vil man få bedre tak i relasjonelle tema når man sitter i en reflekterende posisjon enn når man leder samtalen. Koterapeutens refleksjoner bidrar dermed til å opprettholde oppmerksomheten på samspillet mellom familiemedlemmene.

Familieterapi - en naturlig del av behandlingen

Vi opplever nå mer engasjement for familieterapi blant de øvrige behandlerne i klinikken. Flere av individualbehandlerne henviser familier til familieteamet. Det er blitt mer naturlig for pasientene å velge familieterapi som del av behandlingen, når vi alt i oppstarten av behandlingskontakten inviterer til et relasjonsperspektiv.

Vi erfarer også at kvaliteten på arbeidet vi gjør i familiesamtalene styrkes av forventningsavklaringen med pasient og familie. Familiene er mer innstilte på at familiesamtalene

handler om hva som skjer mellom dem enn om at pasienten må slutte å spille eller drikke. Det er blitt lettere å skape nysgjerrighet rundt samspillsmønstre i familiene. Vi får også gode tilbakemeldinger på familiesamtalene både fra pasientene og deres familiemedlemmer.

Ikke minst ser vi at familierapeutene trenger rammene som støtter opp under et relasjonsperspektiv. Det er blitt betydelig lettere for familierapeutene å holde fast ved et relasjonsperspektiv i familiesamtalene etter at vi avgrenset forhåndsinformasjonen om pasientene, og med den faste strukturen med koterapeut i reflekterende posisjon.

Den omtalte gravitasjonseffekten til et individperspektiv oppfører seg som naturlover flest. Den lar seg ikke oppheve, men fortsetter å virke. Vil vi motvirke effekten av den, krever det kontinuerlig arbeid med å vedlikeholde de seks grepene vi har gjort. I perioder der andre tema dominerer behandlerens oppmerksomhet, enten det er produksjonspress eller innføring av pakkeforløp, ser det ut til å være behov for ekstra vektlegging av relasjonsperspektivet.

Det er behandlingsstedets oppgave å tilrettelegge for familiesamtaler

Det kan være vanskelig for familier med avhengighetsproblemer og andre psykiske belastninger å velge familieterapi, og alle skal heller ikke det. Men det er behandlingsstedet som må ta høyde for hindringene pasientene og familiene deres står overfor når de avveier tilbud om familiesamtaler. Behandlingsstedet må berede grunnen slik at det kan kjennes relevant og trygt å velge familieterapi som del av behandlingen. Det er ikke nok at virksomheten er velvillig innstilt og bruker ressurser på familieterapi. Det kreves i

tillegg spesifikke grep for å utvide fra et individuelt til et relasjonelt perspektiv allerede fra man mottar henvisningen, gjennom kartlegging- og behandlingsplanleggingen med pasienten, og i familiesamtalene.

I den medisinske tradisjonen er det først når et av familiemedlemmene får diagnostiserbare problemer at man får hjelp, selv om familien som helhet kan ha strevd lenge. Det er dårlig forebygging og en praksis som ikke tar i betraktning hvordan psykiske vansker og avhengighet skader relasjoner og går i arv. Det er også en praksis som undervurderer effekten familiesamtaler kan ha for pasientens bedringsprosesser. Forhåpentligvis kan våre erfaringer inspirere flere behandlingssteder til å tilby familierapeutiske samtaler som del av behandlingstilbudet sitt. Da bidrar vi til å bryte en belastende arv mellom generasjoner i tillegg til at vi styrker effekten av pasientenes behandling.

Referanser

- Andersen, T. (2005). Reflekterende prosesser: Samtaler og samtaler om samtalerne. 3. utgave. København: Dansk psykologisk forlag.
- Hansen, F. (2009). Metoder i familieorientert alkoholbehandling – om at inndrage partner og barn. København: Sundhedsstyrelsen.
- Helsedirektoratet (2015). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo: Helsedirektoratet.
- Lindgaard, H. (2012a). Familier med alkoholproblemer. Et litteraturstudium af familieorientert alkoholbehandling. København: Sundhedsstyrelsen.
- Lindgaard, H. (2012b) Familier med alkoholproblemer: Familieorientert alkoholbehandling med et særligt fokus på børnene. København: Sundhedsstyrelsen.
- Ose, S. O., & Pettersen, I. (2013). Polikliniske pasienter i TSB 2013. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn, Avd. helse/NTNU.
- Selbekk, A. S. (2016). Troubled families and individualised solutions? An ontological, discursive and interactionist analysis of families' involvement in alcohol and other drug treatment. Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Selbekk, A. S., & Duckert, F. (2009). Familieorienterte tiltak innenfor spesialisert rusbehandling i Helse Vest: kartlegging og kunnskapsoppsummering. Stavanger: Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.

Seks grep for å støtte relasjons- perspektivet i en individorientert klinikk

1. Vær tydelig på forholdet mellom individualterapi og familierapi

Vis de øvrige behandlerne at familierapi er et supplement til, og en styrke for, individualterapi. Når familiemedlemmene blir mer nysgjerrige på hverandre og oppmerksomme på samspillmønstrene som de alle inngår i, blir det ofte mer forståelse og et bedre klima for endring både for pasienten og de andre i familien.

2. Snakk om pasienter med et relasjonsperspektiv

For å løfte relasjonsperspektivet inn i klinikkens forståelse av hver enkelt pasient, må man snakke om nye pasienter ut fra et relasjonsperspektiv. Beskriv pasientens livssituasjon og hvem vedkommende har rundt seg. i. Sier henvisningen noe om barn? Samboer? Andre viktige personer? Si at dette kan bli en familiesak. Hvis det ikke finnes informasjon om pasientens relasjoner: Påpek at disse opplysningene mangler.

3. Relasjonsorienterte kartleggingssamtaler med pasienten

Alt i kartleggingssamtalene må pasientens relasjoner trekkes inn, slik at familiesamtaler kan bli en naturlig del av behandlingsplanen. Det viktigste er ikke hvilke verktøy individualbehandler bruker til dette, men at man tematiserer pasientens relasjoner fra dag én.

4. Tydelig informasjon til pasienter og familiemedlemmer

Sørg for at pasientene får med seg skriftlig informasjon om familietilbudet de kan gi videre til familien sin. Budskapet er at pasient og familiemedlemmer er likeverdige deltakere i familiesamtalene, og at tema for samtalene er noe man bestemmer i fellesskap. Ring alle familiemedlemmene før første familiesamtale for å etablere kontakt og svare på spørsmål.

5. Begrens ensidig forhåndsinformasjonen til familierapeutene

Familierapeuten bør ikke være pasientens individualbehandler, og det er lurt å være bevisst på hvilken informasjon pasientens individualbehandler formidler til familierapeutene i forkant av familiesamtalene. Som hovedregel er det beste at mest mulig informasjon kommer frem i familiesamtalene, med alle tilstede og med alles bidrag. Det styrker familierapeutens mulighet for å holde fast i relasjonsperspektivet.

6. Tydelig styring i familiesamtalene

Målet for familiesamtalene er å skape en trygg ramme for familien til å snakke, lytte og oppdage samspillmønstrene seg imellom. Det å være to behandlere med avklarte roller i rommet, bidrar til å skape en slik ramme. Med koterapeut i en reflekterende posisjon, får man et verktøy for regulering av tempo og emosjonell aktivering i tillegg til et ekstra blikk på relasjonelle tema.

Historisk politisk støtte til ideelle

Blå Kors har høy troverdighet hos de ulike partiene på Stortinget, uavhengig av posisjon. Dette er en tillit vi er takknemlig for- og den forplikter.

Den forplikter oss til å fortsette å være en viktig kilde til kunnskap i de ulike sakene, bidra til å synliggjøre politikk som ikke fungerer og være en troverdig og faglig sterk leverandør av tilbud til innbyggere med rus og spill problematikk.

Granavold – erklæringen har gitt ideell sektor et historisk løft. Satsingen på ideelle og ønsket om ideell vekst ble konkretisert for vårt område til to viktige tiltak:

- At Helseforetakene skal inkludere ideelle aktører i sitt plan – og utviklingsarbeid som likeverdige parter.
- Sikre at RHF-ene ikke bygger og utvikler konkurrerende tilbud til eksisterende tilbud hos privat ideelle aktører.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie fulgte dette videre opp i sitt oppdragsdokument til RHF-ene og påla foretakene en rapporteringsplikt på området.

En annen viktig sak det har vært arbeidet med er de historiske pensjonskostnadene. Veilederen ble klar i 2019 og alle våre virksomheter har jobbet med grunnlaget for en søknad om å få dekket deler av sin protofølge.

Blå Kors har også pekt på Magnussen-modellens bakside. Dette er en finansieringsnøkkel for fordeling av penger fra stat til RHF-ene. Nøkkelens konsekvens førte til en negativ ressursflyt mellom de ulike HF-ene innen regionen. Dette slo uheldig ut for TSB feltet spesielt og bidro ikke til økt samhandling. Mot slutten av året kom Magnussen-utvalget med en fornyet versjon (NOU) som skal bidra til en mer optimal fordeling av ressurser. Denne er nå på høring og vi vil følge den opp.

Helt på tampen av året kom NOU 2019:26 « Fra straff til hjelp» (også kalt rusreformen). I skrivende stund jobber vi med høringen og har fulgt den nasjonale debatten tett.

Politisk kontakt og dialog



Helseminister Bent Høie besøkte Blå Kors Haugland. På bildet fra høyre: Helseministeren, stortingspolitiker og nestleder i helse- og omsorgskomiteen, Sveinung Steinsland og Haugesund Høyres ordfører kandidat, Harald Lønning.



Helsepolitisk talsperson på Stortinget for Arbeiderpartiet, Ingvild Kjerkol, på Lade i februar. Hensikten er å bli kjent med en TSB-virksomhet og få mer innsikt i pasientbehandling. Fra venstre i bildet: daværende direktør på Lade, Kristin Wall. Styremedlem Oda Karoline Ingstad og Ingvild Kjerkol.



Blå Kors markerte seg tydelig på Arendalsuka i august og hadde mange gode og viktige samtaler med politikere som kom til vår stand. Her er Jonas Gard Støre (AP) sammen med divisjonsdirektør Janka Holstad og generalsekretær Kjetil Haga.



Geir Jørgen Bekkevold (Krf), leder av Stortingets Helse- og omsorgskomite, tilbrakte en dag på Borgestadklinikken for å lære mer om miljøterapi. Han tok blant annet del i hverdagen på enhet for rus og psykisk lidelse. Her sammen med miljøterapeut Karl Johan Haugland.

Sentrale verv for våre fagfolk



Pakkeforløp gravide med rusproblemer

Klinikkoverlege på Borgestadklinikken, Yngvar Thorjussen, ledet arbeidsgruppen som i oktober 2019 kunne overlevere «Pakkeforløp for gravide med rusproblemer» til helse- og omsorgsminister Bent Høie. På bildet: Mette Garvoll, Line Eikenes Langholt, Bent Høie, Yngvar Thorjussen, Lene Conradi, Bente Lindboe og Lena Gulbrandsen.



Nasjonalt utredningsoppdrag om rettighetsvurderinger og fritt behandlingsvalg i TSB

Blå Kors har vært representert ved avdelingsleder Åse Prestvik fra Lade Behandlingssenter i arbeidsgruppa for dette nasjonale utredningsoppdraget. Rapporten skal gi grunnlag for felles praksis for rettighetsvurderinger, med mål om at pasienter innenfor fagområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ivaretas på en enhetlig og omforent måte i alle helseforetak. Pasientene skal også sikres god informasjon om retten til fritt behandlingsvalg. Sentrale problemstillinger til drøfting i arbeidsgruppa, har vært hvorvidt vurderingsinstansene skal ha innflytelse på valg av omsorgsnivå underveis i et pågående pasientforløp, og om private ideelle virksomheter fortsatt skal være vurderingsinstans på lik linje og i nært samarbeid med HF-ene.

Blå Kors Behandling AS

Årsberetning pr 31.12.2019

VIRKSOMHETENS ART OG HVOR DEN DRIVES

Blå Kors Behandling AS har til formål å gi spesialiserte behandlingstilbud til personer med rusrelaterte problemer samt eie aksjer i selskaper med tilsvarende formål.

Blå Kors Behandling AS har hovedkontor i Oslo og driver virksomhet fra Oslo kommune. Selskapet har en ansatt.

Selskapet er en del av Blå Kors Norge konsern.

Blå Kors Behandling AS har to heleide datterselskaper – Blå Kors Haugaland A-Senter AS, og Blå Kors Øst AS. Selskapet eier 90% av andelene i Blå Kors Lade Behandlingssenter SA og har et forvaltningsansvar for Blå Kors Borgerstadklinikken SA og for Blå Kors Loland Behandlingssenter AS.

UTVIKLING OG RESULTAT

Regnskapet for 2019 viser et positivt resultat på kr 163.447,-, mot et positivt resultat på kr 294.572,- i 2018.

Omsetningen i 2019 er kr. 3.726.724,- mot kr 3 637 616,- mot i 2018.

Egenkapitalen er kr 3.401.976,- og 48,6% av totalkapitalen.

Blå Kors Behandling AS har en sunn økonomi. Det foreligger ikke regnskapsposter av betydning som ikke er regnskapsført, og det foreligger ikke vesentlig usikkerhet med de regnskapsestimater som er gjort.

Styret mener årsregnskapet gir et rettvise bilde av Blå Kors Behandling AS sine eiendeler og gjeld, økonomiske stilling og resultat.

RISIKO OG USIKKERHETSFAKTORER

- Finansiell risiko
 - Markedsrisiko
Selskapet har alle sine inntekter i norske kroner.
 - Kreditrisiko
Med avtaler om tjenester til datterselskapene som den overveiende største inntekten vurderes kreditrisikoen som lav og det har historisk sett vært lite tap på fordringer.
 - Likviditetsrisiko
Det er ingen spesiell likviditetsrisiko i selskapet.

FORSKNINGS-OG UTVIKLINGS-AKTIVITETER

Forskning og utviklingsarbeid foregår i virksomhetene som drivers under Divisjon Behandling.

FORUTSETNING OM FORTSATT DRIFT

Forutsetningen om fortsatt drift er til stede og årsregnskapet for 2019 er satt opp under denne forutsetning.

ANDVENDELSE AV OVERSKUDD ELLER DEKNING AV TAP

Årets resultat viser et overskudd på kr 163.447,- og foreslås overført til annen egenkapital.

ARBEIDSMILJØ

Selskapet anser arbeidsmiljøet i bedriften som tilfredsstillende og det er ikke iverksatt spesielle tiltak.

Det har ikke vært sykefravær, skader eller ulykker av betydning i løpet av verken 2019 eller 2018.

LIKESTILLING

Selskapets styre består av 4 kvinner og 4 menn.

Selskapet har som mål å være en arbeidsplass der det råder likestilling mellom kvinner og menn. Ved ansettelse blir alle søkere vurdert uavhengig av kjønn, etnisitet, nasjonal opprinnelse, funksjonshemming, alder, språk og livssyn i forhold til de kvalifikasjoner som stillingen krever.

Det er ikke forskjell i lønn for likt arbeid i Blå Kors Behandling AS. Målet om at det skal gis lik lønn for likt arbeid til menn og kvinner er nådd.

Blå Kors Behandling AS arbeider med å tilrettelegge for behandlingstiltak og arbeidstiltak for personer med etnisk minoritetsbakgrunn. Selskapet har stort fokus på at det ikke skal forekomme diskriminering på grunnlag av kjønn, alder, religiøs tro, seksuell legning eller andre forhold.

YTRE MILJØ

Selskapet driver ikke virksomhet som påvirker det ytre miljø.

Oslo, 25.03.2020

Kjetil Haga
Styreleder

Olaf Bergflødt
Styrerepresentant

Thea J. Fornes
Styrerepresentant

Ole Johan Sandvand
Styrerepresentant

Trine Lise Wefald
Styrerepresentant

Mona Karlsen
Styrerepresentant

Tommy Lunde Sjøfjell
Styrerepresentant

Janka Holstad
Styrerepresentant



Blå Kors Norge
Storgata 38, N-0182 Oslo
Tlf: 22 03 27 40 - Fax: 22 03 27 41
Epost: post@blakors.no
www.blakors.no

