

# ROP-ENHET FOR RUS- OG PSYKISKE LIDELSER

Kristian Toppe Aarlie, ass. seksjonsleder  
Pablo Tellez, musikkterapeut

Polyfonkonferansen 2023

# ROP-døgn: Målgruppen

## ROP-pasienter

1. Pasienter med **alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse** (kronisk psykoselidelse, bipolar I og alvorlig personlighetsforstyrrelse), der behandlingssystemet ikke har klart å tilby tilstrekkelig hjelp til tross for flere forsøk.
2. Pasienter med **alvorlig ruslidelse og sterk mistanke om alvorlig psykisk lidelse**
3. Pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk, der hver av de to områdene er forbundet med **uttalt funksjonssvikt**.
4. Pasienter som har blitt eller er i fare for å bli definert ut av enten TSB eller PHV pga. f.eks. problemer med oppmøte, voldsrisiko eller lavt funksjonsnivå.

# Integrert behandling

## Kjennetegn:

- Behandle rus og psykisk lidelse (og somatikk!) **samtidig**
- Av **samme** team/gruppe
- I **samme** behandlingsprogram
  
- Belastningen av integreringen skal bæres av hjelpeapparatet, ikke av pasienten eller pårørende

## I praksis:

- Integrering av fagområder
- Felles prosjekt for 1. og 2.,3. linje tjeneste
- Samforståelse, samordning og løpende samarbeid (kontinuitet)

# ROP-enhet for rus- og psykiske lidelser

## Døgnavdeling åpnet januar 2023

- 8 Sengeplasser
- Henvisninger mottas fra Psykiatrisk klinikk, Avdeling for rusmedisin og DPS
- Bemanning: 5-5-4
- Behandlere: overlege 100 %, psykologspesialist 100 %, psykologspesialist 50 %, fysioterapeut 60 % og musikkterapeut 60 %
- Ledelse: seksjonsleder og ass. seksjonsleder



# Integrert behandling og helhetlig forståelse i praksis

Tverrfaglighet ikke bare et ord, men en holdning som forplikter

- Ulike fagbakgrunner og stemmer gis plass
- Sikre helhetlig forståelse av pasientens behov, ressurser og vansker

Erfaringskonsulent, fysioterapeut og musikkterapeut integreres i teamet

- Gir teamet en unik mulighet til å forstå pasientens ressurser og bygge videre på disse
- Fra motstand til bevegelse (musikkterapi)

# IDDT – Hvilket stadium i endringsprosessen er pasienten/brukeren i?

ENGASJEMENTSSTADIET	OVERVEIELSESTADIET	AKTIV BEHANDLINGSSTADIET	TILBAKEFALLSFØREBYGGINGSSTADIET
<b>MÅL: Utvikle en arbeidsallianse</b>	<b>MÅL: Motivasjon / begynnende endring i praksis</b>	<b>MÅL: Gjennomføre den ønskede endringen</b>	<b>MÅL: Stabilisere og motvirke tilbakefall</b>
<b>KJENNETEGN</b>	<b>KJENNETEGN</b>	<b>KJENNETEGN</b>	<b>VÆR OPPMERKSOM PÅ AT</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplever ikke å ha noe problem</li> <li>• Ser ikke at informasjon er relevant for seg</li> <li>• Ser ikke behov for endring</li> <li>• De positive konsekvensene oppleves som større enn de negative</li> <li>• Det er andre som opplever at rusmiddelbruken fører til problemer</li> <li>• Atferdsendring kan skje hvis det foreligger et ytre trykk, men endringen er ustabil og sannsynligheten er stor for at personen går tilbake til tidligere atferd når det ytre trykket opphører</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplever negative konsekvenser, men er usikker på hvor stort problemet egentlig er</li> <li>• Ambivalens – opplever at rusmiddelbruken har både positive og negative sider</li> <li>• Vurderer endring, men er usikker</li> <li>• Skiftninger i atferd og motivasjon</li> <li>• Beslutning om endring i nær framtid</li> <li>• Legger konkrete planer</li> <li>• Små endringsforsøk</li> <li>• Forestillinger om livet etter endringen</li> </ul>	<p>En positiv og optimistisk fase</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endring blir nå synlig for andre</li> <li>• Reduksjon av rusmiddelbruk</li> <li>• Betydelig innsats fra pasienten – endring av atferd, tanker og miljø</li> <li>• Aktiv bruk av mestringsstrategier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• All endring er krevende – for alle</li> <li>• Iverksatt handling er ikke det samme som varig endring</li> <li>• Flere runder, flere forsøk – tilbakefall er vanlig</li> </ul>
<b>METODER</b>	<b>METODER</b>	<b>METODER</b>	<b>OPPGAVER</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktisk hjelp og støtte</li> <li>• Tilby pasienten/brukeren noe han/hun opplever å ha behov for her og nå</li> <li>• Forvent at du blir testet ut for å se om du holder mål</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiverende Intervju</li> <li>• Ambivalenskorset</li> <li>• Fristille pasienten: Tydeliggjøre friheten til å ta egne valg</li> <li>• Utvikle nye mestringsstrategier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimuluskontroll</li> <li>• Atferds-erstatninger</li> <li>• Positiv forsterkning</li> <li>• Planlegge for mulig tilbakefall</li> <li>• Bruke tidligere erfaringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsolidere endringen</li> <li>• Opprettholde motivasjon</li> <li>• Motvirke tilbakefall – identifisere faresituasjoner</li> <li>• Lære av tilbakefallene – revidere planene</li> <li>• Livsstilsendringer</li> </ul>
<b>MEKANISMER / FORSVAR</b>	<b>FELLER</b>	<b>FELLER</b>	<b>VANLIGE ÅRSAKER TIL TILBAKEFALL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benekting / Vegring</li> <li>• Rasjonalisering / Bortforklaringer</li> <li>• Prosjeksjon / Opprør</li> <li>• Introjeksjon / Oppgittthet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Venter på det magiske øyeblikket</li> <li>• Søker 100% sikkerhet</li> <li>• Ønsketenkning</li> <li>• Søker etter det umulige kompromiss</li> <li>• For tidlig handling</li> <li>• Gi råd vs. bidra til at pasienten/brukeren tar gode valg selv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For dårlig forberedelse og planlegging</li> <li>• For lite variasjon i mestringsatferd – klamring til en strategi</li> <li>• For liten investering i endringene</li> <li>• Gjør det slik en har gjort det før, men mislykkes med</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosialt press</li> <li>• Beslutningen om endring utfordres av en selv</li> <li>• Situasjoner som er risikable for tilbakefall blir for krevende</li> </ul>

# Målet for behandlingstilbudet

## Pasientens egne mål er det primære!

- Økt stabilitet
- Bedre rusmestring/rusfrihet
- Redusere faren for destruktive konsekvenser av ROP-lidelser/mindre kriminalitet
- Sette relevante diagnoser
- Bedre somatisk helse inkludert tannhelse
- Bedre levevaner
- Bevare/utvide antall gode relasjoner
- Mer meningsfull aktivitet
- Bedre boevne og bedre hverdagsfunksjon



# Musikkterapi





# Samarbeid

- Koble på nødvendige samarbeidspartnere
  - Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester
  - Skape en arena for samarbeid og relasjonsbygging
  - Etablere nettverk
- 
- TIDLIG i forløpet → overgang

# Takk for oss!

*Når noen faller mellom alle stolene – så må vi bygge en benk. I dag åpner vi en viktig del av denne benken, en benk som skal være tilgjengelig og åpen for de aller mest sårbare blant oss.*

(Randi-Luise Møgster, viseadm.dirktør  
Helse Bergen, Bergensavisen 2023)

