Nasjonalt kvalitetsregister for skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler

Årsrapport for 2022 med plan for forbedringstiltak

Ole Bergesen og Janne Årstad

Stavanger Universitetssykehus
KORFOR

14.august 2023

HELSE STAVANGER
Stavanger universitetssjukehus

Innhold

Del I Årsrapport 4
Kapittel 1 Sammendrag 5
Kapittel 2 Registerbeskrivelse 7
2.1 Bakgrunn og formål 7
2.1.1 Bakgrunn for registeret 7
2.1.2 Registerets formål 9
2.1.3 Analyser som belyser registerets formål 9
2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag 10
2.3 Faglig ledelse og dataansvar 11
2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe 11
Kapittel 3 Resultater 13
3.1 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM 13
3.2 Andre analyser 22
3.2.1 Informasjon fra basisregistreringer 22
3.2.2 Informasjon fra målepunktregistreringer 29
Kapittel 4 Metoder for fangst av data 34
4.1 Registreringsløsning 34
4.2 Innhenting av data lokalt 34
Kapittel 5 Datakvalitet 36
5.1 Antall registreringer 36
5.2 Metode for beregning av dekningsgrad 39
5.3 Tilslutning 39
5.4 Dekningsgrad 40
5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet 40
5.6 Metoder for vurdering av datakvalitet 40
5.7 Vurdering av datakvalitet 41
Kapittel 6 Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring 43
6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret 43
6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer 43
6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM) 48
6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse 48
6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l. 48
6.6 Etterlevelse av faglige retningslinjer 48
6.7 Pasientrettet kvalitetsforbedring 49
6.8 Pasientsikkerhet 49
Kapittel 7 Formidling av resultater 50
7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø 50
7.2 Resultater til administrasjon og ledelse 50
7.3 Resultater til pasienter 50
7.4 Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no 50
Kapittel 8 Samarbeid og forskning 51
8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre 51
8.2 Vitenskapelige arbeider 51
Del II Plan for forbedringstiltak 52
Kapittel 9 Videre utvikling av registeret 53
9.1 Tiltak gjennomført i rapporteringsåret 53

Følsomhet Intern (gul)

9.2 Tiltak for videre utvikling 57
Del III Stadievurdering 63
Kapittel 10 Referanser til vurdering av stadium 64
10.1 Vurderingspunkter 64
10.2 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen 65
Bibliografi 67

Følsomhet Intern (gul)

Del I
Årsrapport

Følsomhet Intern (gul)

Kapittel 1
Sammendrag

Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (Kvarus) fikk nasjonal status i desember 2018. 2019 ble brukt til å utvikle teknisk løsning, prosedyrer, informasjonstiltak og kontakter ved de innregistrerende virksomhetene som er pliktige til å registrere i Kvarus. I 2022 gjaldt dette 62 juridiske virksomheter: 19 helseforetak, 31 private med avtale, hvorav 2 også leverer innen ordningen med fritt behandlingsvalg (FBV), og 12 virksomheter som kun leverer FBV-tiltak.

Registreringen av pasienter startet 1.januar 2020. Hovedfokus for første driftsår var implementering, herunder opplæring av virksomheter, register- og kvaruskontakter og behandlere, organisering av registreringsarbeidet i klinisk praksis, oppfølging etter opplæring og håndtering av tilbakemeldinger fra kliniske miljø på system og drift. Fokus i 2021 var å gjennomføre endringer basert på erfaringene fra 2020. De viktigste endringene var at samtykke ble erstattet med reservasjon og at pasientsvar kunne sendes ut som elektronisk skjema.

Denne årsrapporten inneholder informasjon om det tredje driftsåret for Kvarus. 2022 startet med at den reviderte versjonen av Kvarus ble tatt i bruk. Fokus i 2022 var å promotere den nye og enklere versjonen av registeret. Registreringsaktiviteten har økt med 25% fra 2021. Veksten har i stor grad kommet hos virksomheter som allerede hadde betydelig aktivitet i 2021. Registerledelsen ser at det må iverksettes drastiske tiltak for å øke registreringsaktiviteten og vil jobbe videre med dette i 2023.

Resultater
I 2022 ble det registrert 1679 basisskjema og 2150 målepunktskjema for 2245 pasienter.

Basis
Det er flest pasienter i aldersgruppene 26-39 år og 40-59 år, og menn utgjør mer enn to tredeler av pasientene. Andelen av pasientene som er bostedsløse er høyest i gruppene under 40 år og den er høyere blant menn. Rundt halvparten av pasientene er ikke i arbeid eller aktivitet. En fjerdedel er i fulltidsjobb og andelen er høyere blant menn. Samtidig er det en høyere andel kvinner som har deltidsjobb eller tar utdanning. Pasientgruppen rapporterer i stor grad å ha opplevd negative hendelser og erfaringer som kan ha betydning for behandlingen. Over halvparten av pasientene har vært vitne til vold, vært utsatt for vold eller har mistet en nær person. Kvinner oppgir i større grad å ha blitt seksuelt krenket eller misbrukt og å ha levd i et destruktivt parforhold, mens menn i større grad oppgir å ha utsatt andre for vold. Omkring en tredjedel av pasientene oppgir å ha en livssituasjon som hverken er god eller dårlig. Andelen med god eller meget god livssituasjon øker med alderen. Over halvparten av pasientene har indikert videre kartlegging av psykisk helsetilstand. Det er flere yngre og kvinner som har indikert videre kartlegging. Rundt halvparten av pasientene oppgir å ha vært 13-15 år første gang de ruset seg.

Følsomhet Intern (gul)

Målepunkt
Den yngste pasientgruppen har vært gjennom flest kartlegginger og utredninger i perioden mellom basisregistreringen og første målepunktregistrering. For 30% av pasientene er det ikke gjort ferdig kartlegginger eller utredninger i denne perioden. I behandlingen ved egen enhet i denne perioden mottok menn i større grad avhengighetsbehandling, somatisk behandling og arbeid med sosiale forhold. Kvinner mottok i større grad behandling av psykisk helse og medikamentell behandling med antidepressiva. De vanligste formene for oppfølging fra andre er NAV, egen familie og/eller venner, fastlege og kommunale tjenester. Kvinner får i noe større grad oppfølging fra TSB, mens menn i noe større grad får oppfølging fra kriminalomsorgen.

Kvalitetsindikatorer
Kvalitetsindikatorene er i år utvidet med to strukturindikatorer, spesialistkompetanse og tverrfaglighet. Måloppnåelsen er høy for spesialistkompetanse og middels for tverrfaglighet. Det er tydelige geografiske forskjeller. For et klart flertall av pasientene (92%) har det blitt utarbeidet en behandlingsplan tidlig i forløpet. Videre oppgir de fleste pasientene (78%) at de i stor eller svært stor grad har utbytte av behandlingen. Andelen forløp hvor det er satt en rusdiagnose tidlig i forløpet er noe lav (49%).

Tiltak
I rapporteringsåret ble det gjennomført større og mindre tiltak. Ett av de viktigste tiltakene var overgangen fra samtykkeløsning til reservasjon, i tillegg til øvrig revisjon av Kvarus. Som følge av endringene fra revisjonen ble nettsiden til Kvarus og e-læringskurset oppdatert. I tillegg ble det utarbeidet prosedyre for oppfølging av virksomheter som mottar opplæring, regionale nettverk for kvarus- og registerkontakter ble etablert i samarbeid med NK-TSB og det ble gjennomført en spørreundersøkelse om implementeringen av Kvarus i tilsluttede virksomheter. En dialog med Checkware om integrasjon ble påbegynt, det ble dannet et registerfelleskap på SUS hvor registerledelsen deltar og det ble også arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorene og oppfølging av dekningsgrad etter årsrapport for 2021.

Planer
Kvarus har planer for videreutvikling av registeret, med formål om å øke tilslutning og dekningsgrad, klinisk relevans og å lette registreringsbyrden. I 2023 vil det bli gjennomført konkrete tiltak rettet direkte mot virksomheter. Dette innebærer blant annet besøk til alle helseforetak i Helse Vest, i samarbeid med Fagsenteret og assisterende fagdirektør. I tillegg vil det bli avholdt et nasjonalt Kvarus seminar med TSB ledere, og registerledelsen skal også besøke de største foretakene som har et høyt antall pasienter i TSB. Videre planer inkluderer arbeid med Checkware integrasjon, reduksjon av antall variabler i registeret, utvikling av tilbakerapportering til virksomheter og enheter og automatisk datafangst.

Følsomhet Intern (gul)

Kapittel 2
Registerbeskrivelse

2.1 Bakgrunn og formål

2.1.1 Bakgrunn for registeret

Offentlige myndigheter har lenge ønsket å etablere et kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler i Norge, for å heve kvaliteten på de tjenester som tilbys. Dette har kommet til utrykk både i Regjeringens forslag til Opptrappingsplan for rusfeltet og i ny Nasjonal helse- og sykehusplan.

Kvarus tar utgangspunkt i en populasjon hvor variasjonen i problembelastning kan variere fra begrenset skadelig bruk og mild avhengighet av rusmidler uten omfattende tilleggsproblemer, til alvorlig avhengighet med omfattende komorbiditet og stort skadepotensiale. Pasienter som henvises til Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler har ofte vansker knyttet til selve bruken av rusmiddelet, relasjonelle og sosiale problemer som følge av bruken, og komorbiditet for psykisk eller somatisk lidelse. Komorbiditeten kan framstå som en følge av avhengigheten, eller som en medvirkende årsak til lidelsen. Sammenlignet med alle som antas å ha problemer knyttet til bruk av rusmidler, vil registerpopulasjonen derfor være ressurskrevende både med hensyn til utredning, diagnostikk og behandling.

I populasjonen innenfor TSB er angst, depresjon, PTSD, ADHD og personlighetsforstyrrelse de mest vanlige komorbide tilstandene. De fleste undersøkelser av rusmiddelbelastede grupper viser i tillegg stor somatisk sykelighet (Mørland & Waal, 2016). Utfra det som er beskrevet over, er pasienter med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler en lite homogen gruppe. Kvarus vil etter hvert kunne tydeliggjøre ulike undergrupper innenfor registerpopulasjonen, blant annet basert på omfanget og alvorligheten av ruslidelsen, grad av komorbiditet, debutalder, kjønn og andre justeringsvariabler.

I forbindelse med forarbeidet til Meld.st. 30, *En helhetlig rusmiddelpolitikk* (2011-2012) utarbeidet KORFOR et grunnlagsdokument hvor en, basert på case, identifiserte 15 ulike og typiske behandlingsforløp innenfor TSB. Kvarus vil kunne gi empiri til, og grunnlag for et videre arbeid med å identifisere ulike undergrupper av pasienter med ruslidelse og ulike behandlingsforløp.

Behandling av avhengighet av rusmidler har fram til nå stort sett vært evaluert etter en akuttformat tekning, dvs. «outcome»-mål etter et bestemt antall måneder etter en avsluttet behandling (McLellan et al., 2005). Imidlertid er behandling av avhengighet og skadelig bruk av rusmidler preget av innsatser fra flere behandlingstiltak og ofte mange og ulike behandlingsforsøk. På mange måter kan avhengighet av rusmidler sammenlignes med kroniske lidelser hvor sårbarhet for tilbakefall er et sentralt element i lidelsen. Selv om analogien har noen svakheter vil kronisiteten komme til uttrykk gjennom sårbarhet for

Følsomhet Intern (gul)

tilbakefall etter perioder med rusfrihet. Ut fra en slik tenkning må Kvarus se på behandling av ruslidelser som et forløp med forskjellige intervensjoner på ulike tjenestenivå.

Ubehandlet ruslidelse kan for den enkelte medføre vedvarende helseskader og en lidelse med kronisk preg. Tilleggsbelastninger kan handle om psykisk lidelse, somatiske helseproblemer og et vidt spekter av sosial belastning. Omkostningene for nærstående andre og samfunnet er vesentlige. Behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler vil således omfatte alt fra relativt korte forløp knyttet til et begrenset antall behandlere eller tjenesteytere, til omfattende forløp med avbrutte, gjentatte og mange behandlingssekvenser som involverer mange behandlere og tjenesteytere. Avgjørende for god behandling handler om at pasientens vansker i tillegg til ruslidelsen, eller vansker som en følge av denne, blir adressert i behandlingen.

Kvalitetsutfordringene på rusfeltet dreier seg derfor om å få mer kunnskap om hva slags behandling som er mest virkningsfull overfor ulike grupper av pasienter og hvordan behandlere bør adressere og behandle både avhengighet av rusmidler og ulike følgeproblemer. Innen behandling av ruslidelse er kunnskapsgrunnlaget for helt spesifikke behandlingsmetoder relativt svakt. Unntaket er substitusjonsbehandling for opioidavhengighet. Ofte vil en kombinasjon av ulike psykososiale metoder og behandlingsmetoder med grunnlag i læringspsykologi ha effekt, forutsatt en rusfri stabiliseringsperiode i forkant (Kelly et al., 2012).

På grunnlag av internasjonal forskning, nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer kan det imidlertid pekes på noen sentrale krav som må være oppfylt om behandlingen skal kunne sies å ha den nødvendige kvalitet. I arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer for Kvarus, er disse kravene lagt til grunn for etableringen av de første prosess-indikatorene for registeret. Følgende krav er prioritert som viktige og allment aksepterte i feltet:

- For at behandlingen skal være effektiv og mulig å evaluere, må den bygge på et tilfredsstillende informasjonsgrunnlag og en god plan. Etablerte diagnose og behandlingsplan tidlig i forløpet er gode indikatorer på om disse kravene er oppfylt.

- Forskning viser at det å fullføre den avtalte behandlingen er en viktig prediktor for et godt behandlingsresultat. Forskningen viser at det er mulig for behandlingstiltak å organisere behandlingen og sette i verk individuelle tiltak som kan redusere frafallet i behandling. En viktig forutsetning for å oppnå fullført behandling er at pasientene selv oppleves behandlingen som nyttig og opplevde utbytte av behandling er derfor en viktig kvalitetsindikator.

- Svært mange pasienter i rusbehandling lever et liv med stor risiko for helseskade og død. Avbrudd i behandlingen fører i seg selv til en markert høyere risiko for overdoser og andre uønskede hendelser. Flere tiltak kan settes i verk for å redusere denne risikoen og en etablert kriseplan er en god måte å systematisere slike tiltak. Av den grunn er en etablert kriseplan definert som en viktig kvalitetsindikator i Kvarus.

I Kvarus ønsker en å dokumentere samspillet mellom ulike behandlingsinnsatser og pasientens egne anstrengelser i et forløpsperspektiv, og se hvordan dette kan bidra til bedre

Følsomhet Intern (gul)

mestring av avhengighet hos pasienten. Derfor er det viktig å monitorere hele behandlingsforløpet.

2.1.2 Registerets formål

Kvarus har som mål å bidra til en mer spesifikk, systematisk, likeverdig og geografisk lik behandling av ruslidelse i Norge. Videre skal registeret bidra med kunnskap om hvilke resultater som oppnås i behandling av pasienter med ulike typer ruslidelse og med varierende grad av komorbiditet for andre lidelser. Ved å koble Kvarus mot andre medisinske kvalitetsregistre kan en få et bilde av i hvilken grad pasienter med ruslidelse får et likeverdig tilbud innen andre deler av helsetjenesten.

I informasjonen til pasienter, behandlere og andre interessenter er det formulert fire spørsmål som Kvarus skal bidra til å gi svar på:

- Hva kjennetegner pasientene i rusbehandling i Norge?
- Hvilken behandling får de?
- Hva syns pasientene om den behandlingen de får?
- Hvilke resultater oppnås?

2.1.3 Analyser som belyser registerets formål

Opplysninger som innhentes i Kvarus vil kunne benyttes i ulike analyser for å belyse registerets formål.

Analyser og statistikk som gjennomføres per i dag er begrenset til rapportering til enheter som har en viss registreringsaktivitet. Rapporteringen omhandler i hovedsak informasjon som kan belyse kjennetegn ved pasientgruppen lokalt, holdt opp mot nasjonale tall, på følgende variabler:

- Kjønn, alder, bosituasjon, samvær med barn
- Utdanning
- Arbeid og aktivitet
- Ressurser
- Negative hendelser og erfaringer
- Motivasjon
- Livssituasjon
- Psykisk helse (SCL-10)
- BMI
- Røyking
- Fysisk aktivitet
- Alder første gang ruset
- Primært rusmiddel
- Andel som har injisert

Følsomhet Intern (gul)

- Tidligere overdose/alkoholforgiftning
- Tidligere behandling
- Fullførte kartlegginger/utredninger
- Behandling gitt i egen enhet
- Innhold i behandling gitt i egen enhet
- Behandlingsmodell
- Innhold i behandling gitt av andre
- Medikamentell behandling
- Oppfølging fra andre

2.1.4 Analyser og statistikk som planlegges utført

1. Vurdere hvorvidt personene registrert i Kvarus er representative basert på aggregerte data fra eksterne kilder. Representativitet vil være basert på sammenligning av sosiodemografi og kliniske/kontekstuelle variabler som er tilgjengelig i både Kvarus og sammenligningsgrunnlaget.

2. Vurdere kvaliteten på de registrerte dataene i Kvarus, blant annet analyse av kompletthet/manglende besvarelser og psykometriske egenskaper for aktuelle variabler (f.eks. SCL-10).

3. Beskrive prevalens/distribusjon av sentrale mål i Kvarus (f.eks. knyttet til motivasjon, ressurser, samlet livssituasjon og SCL-10), gjerne sammenlignet med «normalpopulasjon» der det er aktuelt.

4. Beskrive assosiasjoner mellom sentrale mål i Kvarus (f.eks. sammenhengen mellom a) motivasjon og ressurser og b) ressurser/samlet livssituasjon og SCL-10).

5. Verifisering og videreutvikling av kvalitetsindikatorer for struktur, prosess og resultater.

6. Analyser av kjønnsforskjeller innen rusbehandling. Det planlegges å se nærmere på sosiodemografiske karakteristikker, ressurser og negative hendelser blant kvinner og menn.

2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

Helse Vest RHF ga i 2009 Helse Stavanger HF i oppdrag å utvikle og prøve ut et kvalitetsregister for rusbehandling. I prosessen mot dagens versjon, som fikk nasjonal status i desember 2018, har fire hoved-versjoner suksessivt blitt prøvd ut i ulike kliniske virksomheter.

Registerets juridiske hjemmelsgrunnlag er Forskrift om medisinske kvalitetsregistre (2019). Forskriften omhandler medisinske kvalitetsregistres formål og virkeområde, hvilke opplysninger som kan registreres, bestemmelser om samtykke, informasjon og dokumentasjon, om utlevering og annen behandling av opplysningene i registeret og bestemmelser om informasjonssikkerhet.

Følsomhet Intern (gul)

Kvarus var samtykkebasert frem til 3. januar 2022 og gikk deretter over til å være reservasjonsbasert register.

2.3 Faglig ledelse og dataansvar

Dataansvarlig institusjon er Helse Stavanger HF. Norsk Helsenett er databehandler, og har databehandleravtale med Helse Stavanger HF.

Fra oppstart 01.01.20 og frem til 02.08.21 var Sverre Nesvåg faglig leder for Kvarus, før Ole Bergesen overtok det faglige ansvaret 03.08.21 (50%). Janne Årstad er registerkoordinator for registeret (100%). Alle nevnt ovenfor er tilhørende Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Helse Stavanger HF.

2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

Fagrådet består av representanter fra alle helseforetak, bruker- og pårørendeinstitusjoner, sentrale faglige miljø og registerledelse. Under følger en oversikt over fagrådets medlemmer i 2022:

Tabell 1: Fagrådet

Leder for fagrådet	Guri Spilhaug	Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB)
Representanter fra helseforetak	Geir Ebbestad	A-hus, Helse Sør-Øst
	Ruben Sletteng	Universitetssykehuset Nord-Norge, Helse Nord
	Christian Oldieck	Helse Bergen, Helse Vest
	Kristin Tømmervik	St. Olavs Hospital, Helse Midt
	John Kåre Vederhus	Sørlandet sykehus, Helse Sør-Øst
Brukerrepresentanter	Tommy Sjåfjell	Brukerorganisasjonen A-Larm
	Karl Olaf Sundfør	Mental Helse
	Stian Johansen	Barn av rusmisbrukere
Representanter fra sentrale fagmiljø	Karoline Rollag	Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB)
	Jørgen Bramness	Folkehelseinstituttet
	Thomas Clausen	Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF)
	Anne Landheim	Nasjonal kompetansetjeneste ROP (NK-ROP)
	Jan Gunnar Skoftedalen	Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon
	Haakon Holmberg	Kirkens bymisjon, A-senteret
Representanter fra registerledelsen	Ole Bergesen (registerleder)	KORFOR, Helse Stavanger HF
	Janne Årstad (registerkoordinator)	KORFOR, Helse Stavanger HF

Fagrådet har hatt to møter i 2022, hvor ett var digitalt (31.mai) og ett var fysisk (18.oktober). Følgende saker ble diskutert på årets fagrådsmøter:

- Registreringsaktivitet og implementeringsstrategi
- Dobbeltregistreringer og Kvarus EPJ
- Automatiserte rapporter (Rapporteket)
- Initiativ for å lette registreringsbyrde:

Følsomhet Intern (gul)

- Automatisk datafangst
- Elektronisk pasientjournal
- Dialog NPR

- Kvalitetsindikatorer: prosess, struktur og resultat
- Forskning på Kvarus data
- Årsrapport 2021
- Dekningsgrad

Følsomhet Intern (gul)

Kapittel 3
Resultater

3.1 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM

Høsten 2021 og våren 2022 ble det arbeidet med utvikling av mulige kvalitetsindikatorer i Kvarus. Arbeidet har bygget på veiledere om utvikling av kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt Servicemiljø og Helsedirektoratet, nasjonale faglige retningslinjer for TSB, råd fra en fagperson med mange års erfaring fra arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer, og på interne diskusjoner i det fagmiljøet ved Helse Stavanger/KORFOR som Kvarus registerledelse er en del av. Kvalitetsindikatorer var hovedsak i fagrådsmøte våren mai 2022. Kvalitetsindikatorene er ikke endret fra i fjor, men koden som beregner resultatene er revidert. I denne prosessen ble det rettet en del svakheter ved hvordan beregningen ble foretatt i 2021. Typisk var det inkludert for mange målepunkt i beregningen, men for utbytte var det inkludert for få.

Kvalitetsindikatorene fra 2022 er derfor ikke direkte sammenlignbare med 2021.

Kvalitetsindikatorene er delt opp i tre kategorier; *struktur*, *prosess* og *resultat*. Av anonymitetshensyn vises ikke resultater ved enheter med mindre enn 5 registreringer. Resultatene for disse enhetene er med i de aggregerte nasjonale resultatene i tabell 2. I tabellene under benyttes betegnelsen *behandlingsenheter*. Behandlingsenheter er underavdelinger av en virksomhet som har tiltak i TSB. F.eks. Ruspoliklinikken Stavanger er en behandlingsenhet i virksomheten Helse Stavanger. Skjema viser hvilket skjema som er benyttet og hvilke status for målepunkt som er inkludert. Status fylles ut øverst i skjema, og påvirker hvilket innhold som er mulig å registrere. Et målepunkt kan ha en av fire statuser: aktiv, overført, avbrutt eller avsluttet. Et målepunkt med status avbrutt eller avsluttet regnes som et avsluttende målepunkt.

Tabell 2: Kvalitetsindikatorer på nasjonalt nivå

Kvalitetsindikatorer	Kommentar	Skjema	Antall	%
Strukturindikatorer				
Spesialistkompetanse	Andel behandlingsenheter med minst en psykolog- og/eller minst en legespesialist	Eksterne data	36 av 39	71 %
Tverrfaglighet	Andel behandlingsenheter med minst én hver av lege, psykolog og sosionom	Eksterne data	36 av 39	85 %
Prosessindikatorer				
Behandlingsplan	Andel utarbeidet behandlingsplan tidlig i forløpet	Første målepunkt, hvis aktiv	703 av 763	92 %
Diagnose	Andel forløp der det er satt en rusdiagnose tidlig i forløpet	Første målepunkt, hvis aktiv	374 av 763	49 %

Følsomhet Intern (gul)

Kriseplan	Andel som har en kriseplan tidlig i forløpet	Første målepunkt, hvis aktiv	448 av 763	59 %
Utbytte av behandling	Andel som svarer i stor eller svært stor grad på spørsmål om utbytte av behandlingen	Aktive Målepunkt	1254 av 1609	78 %
Fullført behandling	Andel som har avsluttet behandlingen etter gjensidig avtale	Avsluttende målepunkt	279 av 466	60 %

Kvalitetsindikatorene må tolkes med varsomhet, da det er klare svakheter i tallgrunnlaget. Antall observasjoner er lavt for de fleste enheter og kvalitetsindikatorene tar ikke hensyn til forskjeller i pasientgrunnlaget. Strukturindikatorene er nye i år. Måloppnåelsen er høy for spesialistkompetanse og middels for tverrfaglighet. For prosessindikatorene er det høy måloppnåelse for behandlingsplan og utbytte av behandling, middels for fullføring og lav for diagnose og kriseplan.

3.1.1 Strukturindikatorer

Kvarus har etablert to strukturindikatorer:

1. Spesialkompetanse innen rus eller avhengighetsmedisin

2. Tverrfaglighet

Strukturindikatorer 1: Spesialistkompetanse

Tabell 3: Andel behandlingsenheter med minst en psykolog- og/eller minst en legespesialist

Opptaksområde	%
Nasjonalt	**71%**
Helse Vest opptak	63 %
Helse Midt opptak	71 %
Helse Sør-Øst opptak	79 %
Helse Nord opptak	56 %

Tabell 4: Andel behandlingsenheter som har ansatt psykologspesialist og/eller legespesialist

Juridisk enhet	%
Nasjonalt	**71%**
Blå Kors Haugaland A-senter	100 %
Blå Kors Loland Behandlingssenter	100 %
Blå Kors, Borgestad	100 %
Frelsesarmeen	100 %
Helse Nord Trøndelag HF	100 %
Kirkens Bymisjon Oslo	100 %
Kvinnekollektivet Arken	100 %
NKS Kvamsgrindkollektivet	100 %
Origosenteret	100 %
Oslo universitetssykehus HF	100 %

Følsomhet Intern (gul)

Rogaland A-senter	100 %
Samtun	100 %
Skjelfoss Psykiatriske Senter TSB	100 %
St. Olavs hospital HF	100 %
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	100 %
Stiftelsen Fossum-kollektivet	100 %
Stiftelsen Manifestsenteret	100 %
Sørlandet sykehus HF	100 %
Trasoppklinikken	100 %
Helse Bergen HF	80 %
Sykehuset Innlandet HF	71 %
Sykehuset i Vestfold HF	71 %
Blå Kors Øst	67 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	60 %
Helse Møre og Romsdal HF	57 %
Tyrilistiftelsen	56 %
Helse Fonna HF	55 %
Stiftelsen Crux	50 %
Finnmarkssykehuset HF	44 %
Helse Stavanger HF	38 %
Stiftelsen Karmsund ABR-senter	0 %
Stiftelsen Phoenix	0 %
Stiftelsen Solliakollektivet	0 %
Stiftelsen Valdresklinikken	0 %
Sykehuset Telemark HF	0 %
Veslelien	0 %

Strukturindikatorer 2: Tverrfaglighet

Tabell 5: Andel behandlingsenheter med minst én hver av lege, psykolog og sosionom

Opptaksområde	%
Nasjonalt	**85%**
Helse Vest opptak	84 %
Helse Midt opptak	93 %
Helse Sør-Øst opptak	85 %
Helse Nord opptak	75 %

Tabell 6: Andel behandlingsenheter som har ansatt lege, psykolog og sosionom

Juridisk enhet	%
Nasjonalt	**85%**
Blå Kors Haugaland A-senter	100 %
Blå Kors Loland Behandlingssenter	100 %
Blå Kors Øst	100 %
Blå Kors, Borgestad	100 %
Frelsesarmeen	100 %
Helse Nord Trøndelag HF	100 %
Kirkens Bymisjon Oslo	100 %

Følsomhet Intern (gul)

Kvinnekollektivet Arken	100 %
NKS Kvamsgrindkollektivet	100 %
Origosenteret	100 %
Oslo universitetssykehus HF	100 %
Samtun	100 %
Skjelfoss Psykiatriske Senter TSB	100 %
St. Olavs hospital HF	100 %
Stiftelsen Crux	100 %
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	100 %
Stiftelsen Karmsund ABR-senter	100 %
Stiftelsen Manifestsenteret	100 %
Stiftelsen Phoenix	100 %
Stiftelsen Solliakollektivet	100 %
Stiftelsen Valdresklinikken	100 %
Sykehuset i Vestfold HF	100 %
Trasoppklinikken	100 %
Veslelien	100 %
Helse Stavanger HF	88 %
Helse Møre og Romsdal HF	86 %
Helse Fonna HF	82 %
Helse Bergen HF	80 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	80 %
Rogaland A-senter	75 %
Sørlandet sykehus HF	75 %
Stiftelsen Fossum-kollektivet	71 %
Sykehuset Innlandet HF	71 %
Finnmarkssykehuset HF	67 %
Tyrilistiftelsen	67 %
Sykehuset Telemark HF	0 %

3.1.2 Prosessindikatorer

Kvarus har utarbeidet fem prosessindikatorer:

1. Behandlingsplan
2. Diagnose
3. Kriseplan
4. Utbytte av behandling
5. Fullført behandling

Prosessindikatorer 1: Behandlingsplan
Å ha utarbeidet en behandlingsplan tidlig i forløpet, vurderes som et svært viktig tiltak for å oppnå god kvalitet i behandlingen. Prosessindikatoren behandlingsplan defineres som andelen pasienter som har en behandlingsplan registrert på første målepunkt i Kvarus. En behandlingsplan vurderes som relevant for alle pasienter i TSB og målnivå for høy måloppnåelse settes derfor til 80% og moderat måloppnåelse til 60%.

Følsomhet Intern (gul)

Tabell 7: Andel utarbeidet behandlingsplan tidlig i forløpet per enhet

Opptaksområde	Antall	%
Nasjonalt	**703 av 763**	**92%**
Helse Vest opptak	132 av 155	85%
Helse Midt opptak	208 av 224	93%
Helse Sør-Øst opptak	298 av 313	95%
Helse Nord opptak	65 av 71	92%

Tabell 8: Andel utarbeidet behandlingsplan tidlig i forløpet per enhet

Juridisk enhet	Antall	%
Nasjonalt	**703 av 763**	**72%**
Sørlandet sykehus HF	21 av 21	100.0%
Stiftelsen Solliakollektivet	8 av 8	100.0%
Kirkens Bymisjon Oslo	16 av 16	100.0%
Stiftelsen Crux	17 av 17	100.0%
Sykehuset Innlandet HF	18 av 18	100.0%
Veslelien	11 av 11	100.0%
Stiftelsen Riisby Behandlingssenter	6 av 6	100.0%
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	7 av 7	100.0%
Stiftelsen Phoenix	14 av 14	100.0%
Tyrilistiftelsen	80 av 80	100.0%
Stiftelsen Fossum-kollektivet	26 av 26	100.0%
Blå Kors Lade behandlingssenter	30 av 31	96.8%
Samtun	28 av 29	96.6%
Trasoppklinikken	22 av 23	95.7%
Blå Kors Loland Behandlingssenter	32 av 34	94.1%
Helse Møre og Romsdal HF	69 av 74	93.2%
Helse Nord Trøndelag HF	13 av 14	92.9%
St. Olavs hospital HF	69 av 78	88.5%
Stiftelsen Valdresklinikken	7 av 8	87.5%
Stiftelsen Manifestsenteret	7 av 8	87.5%
Stiftelsen Incognito klinikk	13 av 15	86.7%
Blå Kors, Borgestad	12 av 14	85.7%
Helse Stavanger HF	82 av 96	85.4%
Blå Kors Øst	22 av 26	84.6%
Helse Bergen HF	19 av 23	82.6%
Helse Fonna HF	9 av 11	81.8%
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	18 av 24	75.0%
Rogaland A-senter	3 av 6	50.0%

Prosessindikatorer 2: Diagnose

Den allerede etablerte nasjonale indikatoren for diagnose defineres som andelen pasienter som har fått minst en F00 – F99 diagnose dokumentert i journal ved avslutning av behandlingsforløpet. Kvarus sin vurdering er at diagnoser først og fremst har en mening som en indikator på kvalitet om den settes så tidlig i forløpet at den kan virke informerende på den videre behandlingen. For Kvarus er dermed indikatoren definert som andelen pasienter som har fått satt en rusdiagnose med icd-10 kode F10 – F19 ved første

Følsomhet Intern (gul)

målepunktregistrering. Målnivå for høy måloppnåelse er satt til 80% og moderat måloppnåelse til 60%.

Tabell 9: Andel forløp der det er satt en rusdiagnose tidlig i forløpet

Opptaksområde	Antall	%
Nasjonalt	**374 av 763**	**49 %**
Helse Vest opptak	96 av 155	62%
Helse Midt opptak	110 av 224	49%
Helse Sør-Øst opptak	150 av 313	48%
Helse Nord opptak	18 av 71	25%

Tabell 10: Andel forløp der det er satt en rusdiagnose tidlig i forløpet

Juridisk enhet	Antall	%
Nasjonalt	**374 av 763**	**49%**
Blå Kors klinikk Lade	29 av 31	93.5%
Helse Fonna HF	10 av 11	90.9%
Sørlandet sykehus HF	18 av 21	85.7%
Tyrilistiftelsen	68 av 80	85.0%
Stiftelsen Crux	14 av 17	82.4%
Blå Kors Øst	17 av 26	65.4%
Helse Stavanger HF	62 av 96	64.6%
Helse Nord Trøndelag HF	8 av 14	57.1%
Sykehuset Innlandet HF	10 av 18	55.6%
Veslelien	6 av 11	54.5%
Sykehuset i Vestfold HF	3 av 6	50.0%
Blå Kors, Borgestad	6 av 14	42.9%
Blå Kors Loland Behandlingssenter	14 av 34	41.2%
Helse Bergen HF	9 av 23	39.1%
Stiftelsen Fossum-kollektivet	10 av 26	38.5%
Helse Møre og Romsdal HF	26 av 74	35.1%
Samtun	10 av 29	34.5%
St. Olavs hospital HF	25 av 78	32.1%
Stiftelsen Incognito klinikk	4 av 15	26.7%
Stiftelsen Solliakollektivet	2 av 8	25.0%
Stiftelsen Manifestsenteret	2 av 8	25.0%
Kirkens Bymisjon Oslo	3 av 16	18.8%
Rogaland A-senter	1 av 6	16.7%
Stiftelsen Phoenix	2 av 14	14.3%
Trasoppklinikken	3 av 23	13.0%
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	2 av 24	8.3%
Stiftelsen Riisby Behandlingssenter	0 av 6	0.0%
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	0 av 7	0.0%
Stiftelsen Valdresklinikken	0 av 8	0.0%

Strukturindikator 3: Kriseplan

En indikator som retter seg mot ivaretakelse av pasientsikkerheten, vurderes som svært viktig i et sett av kvalitetsindikatorer for TSB. Kvarus sin vurdering er at det å ha en

Følsomhet Intern (gul)

utarbeidet kriseplan tidlig i forløpet, fanger opp mange sider ved det å ivareta pasientsikkerheten. Siden Kvarus pr. i dag ikke har et datagrunnlag til å vurdere hvor stor andel det vil være relevant for å ha en kriseplan, har målnivået for høy oppnåelse blitt satt til 60% og moderat måloppnåelse til 40%. Denne kvalitetsindikatoren er under utvikling og det kan komme endringer i målnivået i fremtiden.

Tabell 11: Andel som har en kriseplan tidlig i forløpet per enhet

Opptaksområde	Antall	%
Nasjonalt	**448 av 763**	**59 %**
Helse Vest opptak	74 av 155	48%
Helse Midt opptak	135 av 224	60%
Helse Sør-Øst opptak	197 av 313	63%
Helse Nord opptak	42 av 71	59%

Tabell 12: Andel som har en kriseplan tidlig i forløpet per enhet

Juridisk enhet	Antall	%
Nasjonalt	**448 av 763**	**59%**
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	7 av 7	100.0%
Stiftelsen Phoenix	14 av 14	100.0%
Stiftelsen Fossum-kollektivet	26 av 26	100.0%
Blå Kors klinikk Lade	29 av 31	93.5%
Tyrilistiftelsen	72 av 80	90.0%
Blå Kors Øst	23 av 26	88.5%
Stiftelsen Crux	15 av 17	88.2%
Stiftelsen Manifestsenteret	7 av 8	88.5%
Samtun	25 av 29	86.2%
Stiftelsen Riisby Behandlingssenter	5 av 6	83.3%
Helse Fonna HF	9 av 11	81.8%
Sørlandet sykehus HF	17 av 21	81.0%
Stiftelsen Solliakollektivet	6 av 8	75.0%
Helse Møre og Romsdal HF	48 av 74	64.9%
Trasoppklinikken	14 av 23	60.9%
Veslelien	5 av 11	45.5%
Helse Stavanger HF	41 av 96	42.7%
Helse Nord Trøndelag HF	5 av 14	35.7%
Rogaland A-senter	2 av 6	33.3%
Stiftelsen Incognito klinikk	5 av 15	33.3%
St. Olavs hospital HF	26 av 78	33.3%
Blå Kors Loland Behandlingssenter	11 av 34	32.4%
Kirkens Bymisjon Oslo	5 av 16	31.3%
Blå Kors, Borgestad	4 av 14	28.6%
Helse Bergen HF	6 av 23	26.1%
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3 av 24	12.5%
Stiftelsen Valdresklinikken	1 av 8	12.5%
Sykehuset Innlandet HF	1 av 18	5.6%

Følsomhet Intern (gul)

Prosessindikatorer 4: Utbytte av behandling

Pasientens opplevde nytte av behandlingen er allerede etablert som nasjonal kvalitetsindikator for TSB, men da avgrenset til opplevd nytte av behandling i døgntiltak. I Kvarus registreres opplysninger om hele behandlingsforløpet innenfor en henvisningsperiode og Kvarus sin vurdering er at det er den opplevde nytten av hele forløpet som bør være den mest sentrale kvalitetsindikatoren. Indikatoren defineres som andelen pasienter som svarer «i stor grad» eller «i svært stor grad» på spørsmålet i Kvarus om utbytte av behandlingen. Målnivå for høy måloppnåelse er satt til 80% og moderat måloppnåelse til 60%.

Tabell 13: Andel som svarer i stor eller svært stor grad på spørsmål om utbytte av behandlingen

Opptaksområde	Antall	%
Nasjonalt	**1254 av 1609**	**78%**
Helse Vest opptak	213 av 284	75%
Helse Midt opptak	380 av 465	82%
Helse Sør-Øst opptak	549 av 719	76%
Helse Nord opptak	112 av 141	79%

Tabell 14: Andel som svarer i stor eller svært stor grad på spørsmål om utbytte av behandlingen

Juridisk enhet	Antall	%
Nasjonalt	**1254 av 1609**	**78%**
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	14 av 14	100.0%
Blå Kors, Borgestad	22 av 23	95.7%
Helse Fonna HF	15 av 16	93.8%
Stiftelsen Phoenix	84 av 91	92.3%
Kirkens Bymisjon Oslo	28 av 31	90.3%
Helse Bergen HF	31 av 35	88.6%
Stiftelsen Solliakollektivet	14 av 16	87.5%
Stiftelsen Incognito klinikk	19 av 22	86.4%
Stiftelsen Crux	44 av 51	86.3%
NKS Kvamsgrindkollektivet	6 av 7	85.7%
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	29 av 34	85.3%
Blå Kors Øst	54 av 64	84.4%
Blå Kors klinikk Lade	90 av 109	82.6%
Helse Møre og Romsdal HF	110 av 135	81.5%
St. Olavs hospital HF	84 av 104	80.8%
Tyrilistiftelsen	140 av 175	80.0%
Samtun	69 av 87	79.3%
Blå Kors Loland Behandlingssenter	65 av 83	78.3%
Stiftelsen Fossum-kollektivet	55 av 71	77.5%
Stiftelsen Valdresklinikken	6 av 8	75.0%
Stiftelsen Manifestsenteret	7 av 10	70.0%
Helse Stavanger HF	121 av 174	69.5%
Stiftelsen Riisby Behandlingssenter	15 av 22	68.2%
Veslelien	8 av 12	66.7%
Helse Nord Trøndelag HF	17 av 26	65.4%
Trasoppklinikken	20 av 33	60.6%
Finnmarkssykehuset HF	6 av 10	60.0%

Følsomhet Intern (gul)

Sykehuset Innlandet HF	12 av 21	57.1%
Sørlandet sykehus HF	47 av 89	52.8%
Skjelfoss Psykiatriske Senter TSB	4 av 9	44.4%
Rogaland A-senter	2 av 6	33.3%

Prosessindikatorer 5: Fullført behandling

I Kvarus har vi valgt å definere indikatoren som andelen avslutninger i Kvarus som skjer etter gjensidig avtale mellom behandler og pasient. Målnivå for høy måloppnåelse er satt til 80% og moderat måloppnåelse til 60%.

Tabell 15: Andel som har avsluttet behandlingen etter gjensidig avtale per enhet

Opptaksområde	Antall	%
Nasjonalt	**279 av 466**	**60%**
Helse Vest opptak	65 av 119	55%
Helse Midt opptak	130 av 172	76%
Helse Sør-Øst opptak	70 av 142	49%
Helse Nord opptak	14 av 33	42%

Tabell 16: Andel som har avsluttet behandlingen etter gjensidig avtale per enhet

Juridisk enhet	Antall	%
Nasjonalt	**279 av 466**	**60%**
Blå Kors klinikk Lade	19 av 23	82.6%
Kirkens Bymisjon Oslo	7 av 9	77.8%
Blå Kors, Borgestad	9 av 12	75.0%
St. Olavs hospital HF	80 av 108	74.1%
Tyrilistiftelsen	14 av 19	73.7%
Helse Møre og Romsdal HF	13 av 18	72.2%
Helse Stavanger HF	52 av 76	68.4%
Stiftelsen Riisby Behandlingssenter	6 av 9	66.7%
Blå Kors Loland Behandlingssenter	9 av 14	64.3%
Trasoppklinikken	9 av 16	56.3%
Stiftelsen Fossum-kollektivet	9 av 17	52.9%
Blå Kors Øst	7 av 14	50.0%
Stiftelsen Incognito klinikk	4 av 8	50.0%
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3 av 7	42.9%
Helse Bergen HF	6 av 14	42.9%
Samtun	10 av 26	38.5%
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	2 av 6	33.3%
Stiftelsen Crux	4 av 18	22.2%
Rogaland A-senter	1 av 6	16.7%
Stiftelsen Phoenix	0 av 14	0.0%

Følsomhet Intern (gul)

3.2 Andre analyser

3.2.1 Informasjon fra basisregistreringer

Analysene nedenfor er basert på standardrapporter som er brukt i presentasjoner til rapporterende virksomheter. I tolkning av disse tabellene er det viktig å huske at et inklusjonskriterie i Kvarus er ny henvisningsperiode i TSB. Dette medfører at rusavhengige i langvarige behandlingsløp som startet før virksomheten begynte å registrere ikke inkluderes. I alle tabellene inngår data fra 1498 forløp med mindre annet er oppgitt.

Tabell 17: Månedlige registreringer

Måned	Antall registreringer
Januar	320
Februar	280
Mars	357
April	284
Mai	311
Juni	311
Juli	219
August	289
September	358
Oktober	407
November	422
Desember	260

Månedlige registreringer viser en tydelig kalendereffekt med mange registreringer om høsten og frem mot desember. Det er mindre aktivitet om sommeren, spesielt i juli.

Tabell 18: Kjønn og alder

Aldersgruppe	Kvinner		Menn		Totalt	
Under 26	104	23,7 %	216	20,4 %	320	21,4 %
26-39	137	31,2 %	383	36,2 %	520	34,8 %
40-59	157	35,8 %	359	34,0 %	516	34,5 %
60 og over	41	9,3 %	99	9,4 %	140	9,4 %
Totalt	439	29,3 %	1057	70,7 %	1496	

Det er flest pasienter i aldersgruppene 26-39 år og 40-59 år for begge kjønn. Menn utgjør mer enn to tredeler av pasientene. Aldersfordelingen er relativt lik mellom kjønnene.

Tabell 19: Bor sammen med eller har jevnlig kontakt med barn under 18 år

Barn	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Nei	81 %	74 %	68 %	86 %	75 %	75 %	74 %
Ja	19 %	26 %	32 %	14 %	25 %	25 %	26 %

Følsomhet Intern (gul)

Omkring tre fjerdedeler av pasientene bor ikke sammen med eller har jevnlig kontakt med barn under 18 år. Andelen som bor sammen med eller har jevnlig kontakt med barn under 18 år er størst i aldersgruppen 40-59 år. Fordelingen er omtrent lik mellom kjønnene.

Tabell 20: Bosituasjon ved inntak

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	2 %	1 %	3 %	1 %	2 %	2 %	2 %
Egen bolig	80 %	78 %	84 %	93 %	82 %	85 %	81 %
Kommunal omsorgsbolig	4 %	4 %	5 %	4 %	4 %	5 %	4 %
Bostedsløs	14 %	17 %	8 %	1 %	12 %	9 %	13 %

I snitt har 82% av pasientene egen bolig ved inntak. Andelen som har kommunal omsorgsbolig er relativt lik uavhengig av alder og kjønn. Andelen bostedsløse er høyest i aldersgruppen 26-39 år med 17% og nest høyest i aldersgruppen under 26 år med 14%. Andelen bostedsløse er noe høyere blant menn enn kvinner.

Tabell 21: Høyeste fullførte utdanning

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	3 %	3 %	3 %	4 %	3 %	2 %	3 %
Ingen fullført utdanning	3 %	2 %	2 %	1 %	2 %	3 %	2 %
Grunnskole	21 %	18 %	15 %	12 %	17 %	16 %	18 %
VGS1/Grunnkurs	21 %	13 %	9 %	6 %	13 %	14 %	12 %
VGS	36 %	27 %	21 %	19 %	26 %	24 %	26 %
Fagbrev	12 %	23 %	21 %	25 %	20 %	17 %	21 %
Høyere utdanning	4 %	15 %	29 %	34 %	19 %	23 %	17 %
Ønsker ikke svare	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %

I snitt har 17% grunnskole og 14% VGS1/Grunnkurs som høyeste fullførte utdanning. Andelen som har grunnskole, VGS1/grunnkurs og VGS som høyeste fullførte utdanning er størst blant den yngste gruppen og synker for de øvrige gruppene. I aldersgruppen 60 og over har 59% et fagbrev eller fullført høyere utdanning. Fordelingen mellom kjønnene er relativt lik. Andelen med fagbrev som høyeste fullførte utdanning er noe høyere blant menn, mens høyere utdanning er noe høyere blant kvinner.

Tabell 22: Arbeid og aktivitet

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	6 %	5 %	9 %	9 %	7 %	6 %	7 %

Følsomhet Intern (gul)

Heltid	18 %	25 %	31 %	15 %	25 %	18 %	27 %
Deltid	7 %	5 %	7 %	2 %	6 %	8 %	5 %
Utdanning	20 %	3 %	1 %	0 %	6 %	10 %	4 %
Ikke-lønnet	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %	5 %	6 %
Ikke i aktivitet	44 %	56 %	45 %	68 %	51 %	53 %	50 %

Rundt halvparten av pasientene var ikke i noen form for arbeid eller aktivitet. Samtidig er rundt en fjerdedel i heltidsjobb. Blant menn er 27% i heltidsjobb, mens andelen er 18% blant kvinner. Det er en høyere andel kvinner som har deltidsjobb eller tar utdanning sammenlignet med menn. Blant pasientene under 26 år er 20% i utdanning.

Tabell 23: Hendelser og erfaringer pasienten vurderer kan ha betydning for behandlingen

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Vitne til vold	63 %	59 %	44 %	26 %	52 %	53 %	51 %
Utsatt for vold	64 %	58 %	45 %	27 %	52 %	63 %	47 %
Utsatt andre for vold	40 %	38 %	21 %	11 %	30 %	21 %	34 %
Oppvekst i familie med rusmiddelbruk	52 %	45 %	39 %	23 %	42 %	48 %	39 %
Oppvekst i familie med psykiske problemer	55 %	45 %	32 %	27 %	41 %	52 %	37 %
Oppvekst i familie med suicidalitet	26 %	25 %	12 %	6 %	19 %	22 %	18 %
Tap av nære personer	57 %	56 %	52 %	50 %	54 %	60 %	52 %
Opplevd omsorgssvikt i oppvekst	46 %	43 %	27 %	16 %	36 %	41 %	33 %
Utsatt for alvorlig mobbing	34 %	31 %	23 %	14 %	27 %	33 %	25 %
Blitt seksuelt krenket eller misbrukt	31 %	24 %	18 %	15 %	23 %	51 %	11 %
Har levd i destruktivt parforhold	41 %	47 %	42 %	23 %	42 %	56 %	36 %
Vært fengslet	5 %	16 %	9 %	4 %	10 %	4 %	12 %
Krig, katastrofer eller alvorlige ulykker	13 %	16 %	19 %	11 %	16 %	13 %	17 %
Solgt seksuelle tjenester	8 %	5 %	4 %	0 %	5 %	9 %	3 %

Pasientgruppen har en høy belastning med negative hendelser og erfaringer bak seg. Over halvparten har vært vitne til vold, utsatt for vold eller mistet en nær person. For de fleste negative hendelser og erfaringer synker forekomsten med alder. Det er betydelige kjønnsforskjeller. Kvinner oppgir i langt større grad å ha blitt seksuelt krenket eller misbrukt og å ha levd i et destruktivt parforhold. Menn oppgir i større grad å ha utsatt andre for vold.

Følsomhet Intern (gul)

Tabell 24: Livssituasjon

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	2 %	3 %	3 %	1 %	3 %	3 %	3 %
Meget dårlig	4 %	8 %	8 %	2 %	7 %	7 %	6 %
Dårlig	24 %	27 %	23 %	11 %	24 %	24 %	24 %
Verken god eller dårlig	42 %	34 %	35 %	44 %	37 %	38 %	37 %
God	23 %	25 %	27 %	36 %	26 %	26 %	26 %
Meget god/godt	4 %	3 %	3 %	6 %	3 %	3 %	4 %

Litt over en tredjedel av pasientene oppgir å ha en livssituasjon som verken er god eller dårlig. Andelen som oppgir å ha en dårlig eller god livssituasjon er relativt lik. Kjønnsforskjellene er små.

Tabell 25: Erfaringer pasienten vurderer kan være en ressurs i endringsprosessen

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Kontakt med en person som kan gi meg sosial støtte	90 %	86 %	84 %	86 %	86 %	88 %	85 %
Tidligere arbeidserfaring	74 %	81 %	84 %	87 %	81 %	74 %	84 %
Skole etter grunnskolen	76 %	69 %	68 %	66 %	70 %	68 %	70 %
Har eller har hatt egen bolig	65 %	82 %	87 %	95 %	81 %	84 %	80 %
Har en interesse som betyr noe for meg	79 %	83 %	84 %	87 %	83 %	80 %	84 %
Har erfaring med tidligere rusfrie perioder	85 %	84 %	86 %	88 %	85 %	86 %	85 %
Håp om et liv som er mindre preget av bruk av rusmidler	93 %	94 %	93 %	97 %	94 %	93 %	94 %

Pasientgruppen oppgir å i stor grad ha erfaringer som kan være en ressurs i endringsprosessen. Pasienter under 26 år oppgir i større grad skole etter grunnskolen og i mindre grad tidligere arbeidserfaring som en ressurs, sammenlignet med de andre aldersgruppene. Andelen som oppgir det å ha eller ha hatt egen bolig og å ha en interesse som betyr noe for en øker med alderen. Kjønnsforskjellene er jevnt over ganske små, men kvinner oppgir i mindre grad tidligere arbeidserfaring som en ressurs enn menn.

Tabell 26: SCL-10 score (selvrapportering psykisk helse)

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	7 %	6 %	6 %	2 %	6 %	6 %	6 %
1-1,84	32 %	36 %	44 %	68 %	41 %	31 %	45 %
1,85+	61 %	58 %	50 %	30 %	53 %	64 %	49 %

Følsomhet Intern (gul)

SCL-10 er et kartleggingsverktøy for psykisk helse. Skåre over 1,85 indikerer videre kartlegging av pasientens psykiske helsetilstand. Over halvparten av pasientene scorer 1,85+ på SCL-10. Flest yngre skårer 1,85+ og andelen faller med alderen. Flere kvinner enn menn skårer 1,85+.

Tabell 27: BMI

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	14 %	11 %	10 %	11 %	11 %	13 %	11 %
Undervekt	7 %	3 %	2 %	1 %	3 %	5 %	2 %
Normalvekt	51 %	38 %	32 %	33 %	38 %	43 %	36 %
Overvekt	21 %	30 %	34 %	38 %	30 %	25 %	32 %
Fedme - grad 1	6 %	14 %	14 %	14 %	12 %	7 %	14 %
Fedme - grad 2	1 %	3 %	5 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Fedme - grad 3	0 %	1 %	3 %	1 %	2 %	3 %	1 %

Blant pasientene under 26 år har omkring halvparten en BMI som indikerer normalvekt, mens for de andre aldersgruppene er denne andelen vesentlig lavere. Andelen undervektige er også høyere blant den yngste pasientgruppen. Andelen med en BMI som indikerer overvekt øker med alderen. Flere menn enn kvinner har en BMI som indikerer overvekt og fedme grad 1.

Tabell 28: Røyking

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over	Gj. snitt	Kvinner	Menn
Ikke svart	10 %	9 %	9 %	8 %	9 %	9 %	9 %
Nei, har aldri røykt eller sluttet for mer enn 6 mnd. siden	32 %	31 %	35 %	36 %	33 %	32 %	33 %
Nei, men sluttet for mindre enn siste 6 mndr siden	11 %	8 %	4 %	2 %	6 %	5 %	7 %
Ja, men ikke daglig siste 6 mnd.	27 %	15 %	7 %	3 %	14 %	13 %	14 %
Ja, daglig siste 6 mnd.	20 %	37 %	45 %	51 %	38 %	41 %	36 %

Omkring en tredjedel oppgir å aldri har røykt eller sluttet for mer enn seks måneder siden. Denne andelen er relativt lik uavhengig av alder og kjønn. Andelen som oppgir å røyke, men ikke daglig faller med alderen, mens andelen som røyker daglig øker med alderen. Kjønnsforskjellene er relativt små.

Følsomhet Intern (gul)

Tabell 29: Fysisk aktivitet

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	23 %	19 %	19 %	17 %	20 %	20 %	19 %
Inaktiv	25 %	24 %	22 %	30 %	24 %	23 %	25 %
Delvis aktiv	5 %	12 %	8 %	11 %	9 %	11 %	8 %
Aktiv	21 %	16 %	21 %	16 %	18 %	18 %	19 %
Over anbefaling	27 %	29 %	30 %	26 %	29 %	28 %	29 %

Rundt halvparten av pasientene oppgir å være aktive eller å ha et fysisk aktivitetsnivå over anbefaling. Omkring en fjerdedel oppgir å være inaktive. Kjønn- og aldersforskjellene er relativt små. Det må også påpekes at spørsmålet ikke er besvart av 20% av pasientene.

Tabell 30: Alder første gang ruset

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	3 %	8 %	7 %	3 %	6 %	7 %	6 %
under 13	17 %	18 %	14 %	9 %	16 %	11 %	17 %
13-15	56 %	50 %	46 %	37 %	49 %	51 %	48 %
16-18	22 %	18 %	23 %	38 %	22 %	21 %	23 %
19-24	2 %	4 %	5 %	7 %	4 %	5 %	4 %
25-39	0 %	2 %	3 %	3 %	2 %	3 %	2 %
40-59	0 %	0 %	1 %	2 %	1 %	2 %	0 %
60 og over	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %

Omkring halvparten oppgir å ha vært 13-15 år første gang de ruset seg. Denne andelen er høyest blant pasienter under 26 år og synker med alderen. Jevnt over er debutalderen lavere for de yngre pasientene og øker med alderen.

Tabell 31: Primært rusmiddel

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	20 %	27 %	32 %	27 %	27 %	25 %	29 %
Alkohol	18 %	27 %	48 %	69 %	36 %	39 %	35 %
Cannabis	35 %	16 %	5 %	0 %	15 %	13 %	15 %
Amfetamin	6 %	15 %	8 %	2 %	9 %	12 %	8 %
Kokain	8 %	5 %	0 %	0 %	3 %	1 %	4 %
Andre sentralstimulerende	3 %	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %
Heroin	2 %	3 %	1 %	0 %	2 %	1 %	2 %
Metadon	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Subutex/Suboxone	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %

Følsomhet Intern (gul)

GHB/GBL	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Andre opioider	1 %	2 %	2 %	1 %	1 %	2 %	1 %
Hypnotika og sedativa (benzodiazepiner)	7 %	3 %	2 %	0 %	3 %	4 %	3 %
Hallusinogener	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Løsemidler	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
Anabole androgene steroider	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Andre syntetiske rusmidler (legal highs)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Annet	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Det mest rapporterte primære rusmiddelet er alkohol, etterfulgt av cannabis og kokain. Andelen som har alkohol som sitt primære rusmiddel øker med alderen, mens cannabis synker med alderen. Svarprosenten på spørsmålet er noe lav (73%).

Tabell 32: Andel som har injisert

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	4 %	3 %	5 %	2 %	4 %	4 %	4 %
Nei	76 %	63 %	70 %	91 %	71 %	73 %	70 %
Ja	19 %	35 %	25 %	7 %	25 %	23 %	26 %
Ønsker ikke svare	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Over to tredjedeler har ikke injisert. Det er relativt store forskjeller mellom aldergruppene. Andelen som har injisert er høyest blant pasientene i aldersgruppen 26-39 år og lavest blant de i aldersgruppen 60 og over.

Tabell 33: Tidligere overdose/alkoholforgiftning

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	4 %	3 %	4 %	2 %	3 %	3 %	4 %
Nei	56 %	55 %	65 %	78 %	61 %	60 %	61 %
Ja	40 %	42 %	29 %	20 %	35 %	37 %	34 %
Ønsker ikke svare	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %

Andelen som tidligere har tatt overdose eller hatt alkoholforgiftning er høyere blant de yngste gruppene. Kjønnsforskjellene er relativt små.

Følsomhet Intern (gul)

Tabell 34: Andel som har vært i behandling tidligere

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	64 %	46 %	42 %	42 %	48 %	49 %	48 %
Nei	8 %	4 %	3 %	1 %	4 %	4 %	4 %
Ja	29 %	50 %	56 %	57 %	48 %	47 %	49 %

Blant de som har svart har de fleste vært i behandling tidligere og andelen øker med alderen. Den lave svarprosenten kombinert med få nei-svar kan indikere at behandlere lar spørsmålet stå ubesvart hvis pasienten ikke har vært i behandling.

Tabell 35: Motivasjon for å endre rusvaner

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Opplever rusmidler som et problem	7	8	8	7	8	8	8
Hvor viktig er det for deg å endre din rusmiddelbruk?	8	9	9	9	9	9	9
Hvor stor tro har du på at du vil klare å endre din rusmiddelbruk?	8	8	8	8	8	8	8
Hvor klar er du til å endre din rusmiddelbruk?	8	9	9	9	9	9	9

Pasientene oppgir jevnt over å være motiverte for å endre rusvanene sine. Den yngste gruppen skårer noe lavere enn de andre aldersgruppene. Skårene er ellers relativt like på tvers av alder og kjønn.

3.2.2 Informasjon fra målepunktregistreringer

Analysene nedenfor bruker samme format som skal benyttes i standardrapporter til rapporterende virksomheter. Målepunkt nummereres kronologisk pr behandlingsforløp. I tabell 36 vises antall og andel målepunkt for 2022. I de etterfølgende tabellene presenteres statistikk fra første målepunkt, totalt 997 skjema. For variabler som henviser til «siden forrige registrering» er dette basisregistreringen, som gjøres ved inntak i TSB. Resultatene representerer dermed en tidlig fase av behandlingsforløpet.

Tabell 36: Målepunktnummer

Nummer	**Antall**	**Andel**
1	997	46 %
2	510	24 %
3	265	12 %
4	158	7 %

Følsomhet Intern (gul)

5	105	5 %
6	59	3 %
7	32	1 %
8	22	1 %
9 og over	20	1 %
Totalt	2168	

Tabell 37: Kartlegginger/utredninger som er gjort ferdig i perioden mellom basis- og første målepunktregistrering

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ingen nye kartlegginger/utredninger gjort ferdig siden forrige registrering	25 %	30 %	31 %	34 %	30 %	28 %	30 %
Kartlegging av mestringsferdigheter og ressurser, eget tiltak	33 %	28 %	19 %	24 %	25 %	28 %	25 %
Kartlegging av mestringsferdigheter og ressurser, andre	3 %	2 %	2 %	1 %	2 %	2 %	2 %
Kartlegging/utredning psykisk helse, eget tiltak	49 %	42 %	33 %	42 %	40 %	44 %	39 %
Kartlegging/utredning psykisk helse, andre	4 %	4 %	4 %	8 %	4 %	4 %	4 %
Utredning av skadelig bruk/avhengighet av rusmidler, eget tiltak	40 %	35 %	30 %	38 %	34 %	36 %	34 %
Utredning av skadelig bruk/avhengighet av rusmidler, andre	2 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %	2 %
Vurdering av risiko for behandlingsavbrudd, eget tiltak	30 %	27 %	21 %	28 %	26 %	23 %	27 %
Vurdering av risiko for behandlingsavbrudd, andre	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %
Utredning av risikofaktorer knyttet til injisering, eget tiltak	15 %	10 %	7 %	1 %	9 %	10 %	9 %
Utredning av risikofaktorer knyttet til injisering, andre	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Kartlegging somatisk helse, eget tiltak	41 %	37 %	31 %	39 %	36 %	35 %	36 %
Kartlegging somatisk helse, andre	23 %	29 %	14 %	18 %	21 %	27 %	20 %
Kartlegging sosiale forhold, eget tiltak	44 %	38 %	32 %	39 %	37 %	39 %	37 %
Kartlegging sosiale forhold, andre	4 %	5 %	3 %	1 %	4 %	5 %	3 %

For 30% av pasientene er det ikke gjort ferdig kartlegginger eller utredninger i perioden siden forrige registrering. Den yngste gruppen har vært gjennom flest kartlegginger og utredninger, og jevnt over er det en synkende trend ved økende alder. De vanligste utredningene er innen psykisk helse, skadelig bruk/avhengighet av rusmidler, sosiale forhold og somatikk. Dette reflekterer tverrfagligheten i TSB.

Følsomhet Intern (gul)

Tabell 38: Behandling gitt i egen enhet mellom basis- og første målepunktregistrering

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Poliklinisk behandling	30 %	28 %	24 %	27 %	27 %	34 %	25 %
Dagbehandling behandling	2 %	3 %	2 %	1 %	2 %	2 %	2 %
Døgnbehandling akutt	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Døgnbehandling inntil 3 måneder	5 %	10 %	18 %	32 %	14 %	14 %	13 %
Døgnbehandling over 3 måneder	42 %	37 %	25 %	25 %	33 %	23 %	36 %
Oppsøkende behandling	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %

Andelen som har vært i døgnbehandling i mer enn 3 måneder synker med alderen. Det er en større andel kvinner som har vært i poliklinisk behandling, mens en større andel menn har vært i døgnbehandling i mer enn 3 måneder.

Tabell 39: Innhold i behandlingen i egen enhet mellom basis- og første målepunktregistrering

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Avrusning	7 %	6 %	8 %	9 %	7 %	7 %	7 %
Stabilisering	35 %	30 %	24 %	34 %	29 %	25 %	31 %
Akutt- og krisebehandling	3 %	3 %	2 %	1 %	2 %	4 %	2 %
Motivasjon for begrensning/rusfrihet	64 %	57 %	48 %	47 %	54 %	56 %	53 %
Avhengighetsbehandling	53 %	55 %	49 %	52 %	52 %	46 %	54 %
Arbeid med risikofaktorer knyttet til injisering	5 %	5 %	2 %	0 %	4 %	4 %	3 %
Informasjon om overdosefare	23 %	16 %	12 %	1 %	15 %	15 %	14 %
Somatisk behandling	51 %	56 %	49 %	41 %	51 %	45 %	54 %
Arbeid med sosiale forhold	59 %	59 %	45 %	38 %	52 %	45 %	55 %
Behandling psykisk helse	52 %	46 %	31 %	19 %	39 %	45 %	38 %

Det er variasjoner i innholdet i behandlingen i egen enhet på tvers av aldersgruppene. Det er en tendens til at flere av komponentene brukes i behandlingen av de yngste pasientene. Menn fikk i større grad avhengighetsbehandling, somatisk behandling og arbeid med sosiale forhold, mens kvinner i større grad fikk behandling av psykisk helse. Det er ellers relativt små kjønnsforskjeller.

Tabell 40: Behandlingsmodell, egen enhet

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	26 %	28 %	39 %	36 %	32 %	34 %	31 %
Terapeutiske samfunn	5 %	7 %	2 %	3 %	5 %	3 %	5 %
Medlever kollektiv	15 %	5 %	2 %	0 %	6 %	2 %	7 %

Følsomhet Intern (gul)

Tolvtrinnsmodellen	1 %	2 %	4 %	11 %	3 %	4 %	3 %
Annen modell	24 %	28 %	20 %	24 %	24 %	27 %	23 %
Ingen modell	30 %	31 %	33 %	25 %	31 %	30 %	31 %

Majoriteten av de som har svart oppgir å bruke annen modell eller ingen modell. Medlever kollektiv er vanligere blant gruppen under 26 år. Bruken av tolvtrinnsmodellen er mer vanlig blant gruppen 60 år og over. Svarprosenten er relativt lav (68%).

Tabell 41: Innhold i behandling gitt av andre mellom basis- og første målepunktregistrering

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Avrusning	6 %	4 %	7 %	5 %	5 %	6 %	5 %
Stabilisering	7 %	4 %	6 %	3 %	5 %	4 %	5 %
Akutt- og krisebehandling	5 %	3 %	2 %	0 %	3 %	5 %	2 %
Motivasjon for begrensning/rusfrihet	8 %	6 %	9 %	13 %	8 %	8 %	8 %
Avhengighetsbehandling	7 %	7 %	7 %	6 %	7 %	8 %	6 %
Arbeid med risikofaktorer knyttet til injisering	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %
Informasjon om overdosefare	4 %	1 %	2 %	0 %	2 %	3 %	2 %
Somatisk behandling	20 %	22 %	15 %	16 %	19 %	15 %	20 %
Arbeid med sosiale forhold	18 %	14 %	16 %	10 %	15 %	14 %	16 %
Behandling psykisk helse	8 %	5 %	6 %	2 %	6 %	7 %	6 %

Somatisk behandling og arbeid med sosiale forhold er de vanligste behandlingene gitt av andre. Innholdet i behandlingen gitt av andre er relativt lik på tvers av alder og kjønn.

Tabell 42: Medikamentell behandling mellom basis- og første målepunktregistrering

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ingen medikamentell behandling siden forrige registrering	42 %	35 %	28 %	34 %	34 %	32 %	34 %
Midler ved opioidavhengighet (burprenorfin, metadon, kombinasjoner)	3 %	5 %	9 %	5 %	6 %	7 %	5 %
Midler ved alkoholavhengighet (disulfiram, akamprosat, naltrekson, nalmefen)	3 %	3 %	7 %	8 %	5 %	5 %	5 %
Medikamentell behandling med antipsykotika	13 %	11 %	9 %	6 %	10 %	10 %	10 %
Medikamentell behandling med stemningsstabiliserende	5 %	6 %	5 %	3 %	5 %	5 %	5 %
Medikamentell behandling med Antidepressiva	9 %	11 %	13 %	11 %	11 %	16 %	9 %
Medikamentell behandling med Anxiolytika, hypnotika og sedativa	6 %	8 %	9 %	15 %	8 %	6 %	9 %

Følsomhet Intern (gul)

Medikamentell behandling med Ritalin og liknende	8 %	14 %	7 %	0 %	9 %	10 %	9 %
Medikamentell behandling med Annet	14 %	20 %	20 %	22 %	19 %	20 %	19 %
Er det foretatt en systematisk gjennomgang av legemiddelbruk?	32 %	41 %	39 %	42 %	38 %	37 %	39 %

En tredjedel av pasientene har ikke mottatt medikamentell behandling siden forrige registrering. Det er foretatt en systematisk gjennomgang av legemiddelbruk for 38% av pasientene. Medikamentell behandling med antidepressiva forekommer oftere blant kvinner enn menn.

Tabell 43: Oppfølging fra andre mellom basis- og første målepunktregistrering

	Alder				**Gj. snitt**	**Kjønn**	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ingen oppfølging siden forrige registrering/inntak	10 %	12 %	14 %	25 %	13 %	16 %	13 %
Oppfølging fra fastlege	28 %	30 %	35 %	31 %	31 %	31 %	32 %
Oppfølging fra kommunal rus- og psykisk helsetjeneste, inkl. døgntilbud	31 %	26 %	22 %	14 %	25 %	21 %	26 %
Oppfølging fra NAV	43 %	39 %	29 %	8 %	34 %	32 %	34 %
Oppfølging fra frivillige organisasjoner, selvhjelpsgrupper, støttegrupper og/eller likemenn	10 %	13 %	9 %	14 %	11 %	10 %	11 %
Kontakt med egen familie/venner	37 %	41 %	29 %	19 %	34 %	33 %	35 %
Oppfølging fra øvrige kommunale tjenester	9 %	9 %	6 %	7 %	8 %	10 %	7 %
Oppfølging fra spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern	3 %	5 %	5 %	1 %	4 %	6 %	4 %
Oppfølging fra spesialisthelsetjeneste TSB	12 %	16 %	19 %	16 %	16 %	19 %	16 %
Oppfølging fra annen spesialisthelsetjeneste	2 %	4 %	4 %	3 %	4 %	2 %	4 %
Oppfølging fra andre private helse- og omsorgstjenester	0 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Oppfølging fra kriminalomsorg	8 %	15 %	6 %	1 %	9 %	5 %	10 %
Oppfølging fra arbeidsgiver	5 %	4 %	8 %	1 %	5 %	4 %	6 %

I gjennomsnitt har 13% ikke fått noen oppfølging fra andre siden forrige registrering. De vanligste formene for oppfølging fra andre er NAV, egen familie og/eller venner, fastlege og kommunale tjenester. Oppfølging fra egen familie og/eller venner synker med alderen. Kvinner får i noe større grad oppfølging fra TSB enn menn, mens menn i større grad får oppfølging fra kriminalomsorgen.

Følsomhet Intern (gul)

Kapittel 4
Metoder for fangst av data

4.1 Registreringsløsning

Den elektroniske løsningen for datafangst til Kvarus er basert på MRS-plattformen, levert av Helse Midt IKT (HEMIT). MRS er en av tre godkjente, nasjonale plattformer og er basert på web teknologi med sentralisering og drift hos Norsk Helsenett (tilgang til Norsk Helsenett er påkrevd). Ved hjelp av rolletildeling bestemmes hvilke deler av funksjonaliteten brukeren får tilgang til, og RESH-ID bestemmer hvor data blir lagret og hvilke data brukeren får se. Fødselsnummer krypteres, og personregister (pasientnavn og fødselsnummer) krypteres i en egen database. All aktivitet, innlogging, opprettinger, endringer og sletting av informasjon loggføres.

4.2 Innhenting av data lokalt

Hvem registrerer opplysninger

Skjemaene i Kvarus er delt inn i to ulike deler. Del 1 er spørsmål som skal besvares av behandlere og del 2 er spørsmål som skal besvares av pasientene. Registeringen av opplysninger i Kvarus foretas av behandlere og pasienter hver for seg og i dialog med hverandre. I tillegg har registeret ePROM løsning med mulighet for innhenting av pasientsvar (del 2), som pasienter kan besvare utenom behandlingstid. Per rapporteringsår har Kvarus 3 ulike PROM skjemaer: ett for alle pasientsvar i basisregistrering, ett for alle pasientspørsmål i målepunktregistrering og ett for pasientens evaluering av behandlingen som er gitt mellom målepunktregistreringene (14 spørsmål som er en del av målepunktregistreringen). Bestillingen av PROM skjemaer kan gjøres på to ulike måter: enten ved at behandler formidler lenke og passord direkte til pasienten til elektronisk besvarelse, eller gjennom bestilling av skjema direkte via Helse Norge.

Registreringer i Kvarus og innhold:

Kvarus registrereringene består av fire registreringsmoduler som foretas fra oppstart til avslutning i et behandlingsforløp i TSB. Registreringene som gjøres gjennom et behandlingsforløp kan involvere en eller flere juridiske virksomheter og tiltak:

- Basisregistrering:
  Basisregistrering gjennomføres i oppstartsfasen av et pasientforløp i TSB. Registreringen kartlegger opplysninger om utviklingen i rusmiddelbruk og rusrelaterte problem gjennom livet, helse- og livssituasjon ved oppstart i et behandlingsforløp og tidligere hjelp og behandlinger.

- Målepunktregistrering:

Følsomhet Intern (gul)

Målepunktregistreringer gjennomføres en eller flere ganger i løpet av behandlingsforløpet. Registreringen kartlegger opplysninger om utredninger og behandling gitt i eget tiltak og parallelt fra andre (i perioden siden basisregistrering eller forrige målepunkt), endringer i helse- og livssituasjon i samme periode (utfallsmål), og pasientens egne opplevelser av den behandlingen som er gitt (pasienterfaringer).

- Avslutningsregistrering:
  Avslutningsregistreringen gjennomføres ved avslutning av et pasientforløp i TSB. Registreringen kartlegger opplysninger om helse- og livssituasjon ved avslutning av behandling (utfallsmål), og opplysninger om hvem det er avtalt oppfølging fra etter behandlingen.

- 1 års oppfølging:
  Ett år etter at pasienten er skrevet ut av TSB skal pasienten kontaktes for å svare på de samme utfalls-målene som ved avslutning og på spørsmål om hvem pasienten har fått oppfølging fra siden utskriving.

Registreringsinnhold og tidspunkt er koordinert med kravene til informasjonsinnhenting i de ulike fasene i pakkeforløp for TSB. Retningslinjene for registreringstidspunkt åpner for forskjellig praksis fra enhet til enhet. Fleksibiliteten gjør det mulig for enhetene å tilpasse bruk av Kvarus etter egen organisering og praksis.

Flere behandlingsforløp
Pasienter kan ha flere behandlingsforløp i løpet av ett år. Ett behandlingsforløp kan også strekke seg over flere år. Antall og hyppighet av registreringer per forløp varierer. Hyppigheten av registreringer er blant annet påvirket av type behandling, henholdsvis døgn eller poliklinisk. I 2022 var det i gjennomsnitt 2,4 registreringer per behandlingsforløp, med et standardavvik på 1,6. Minimum antall registeringer var 1 og Maximum 8.

Overføring til nasjonal database
Kladd av skjema lagres i lokal database. Når skjema ferdigstilles kopieres de til nasjonal database. Alle databasene ligger hos Norsk Helsenett.

Følsomhet Intern (gul)

Kapittel 5
Datakvalitet

5.1 Antall registreringer

I løpet av 2022 har det vært en betydelig økning (25%) i registreringsaktivitet sammenlignet med 2021.

I 2022 ble det registrert 2254 unike pasienter og 3845 skjema/registreringer i Kvarus. 1498 av registreringene er basisregistreringer fra 1478 pasienter, og 2168 er målepunktregistreringer for 1278 pasienter. I tillegg er det 179 basisregistreringer som har brukt funksjonaliteten for å gå direkte til målepunkt skjema/registrering.

Tabell 44: Antall registreringer per enhet

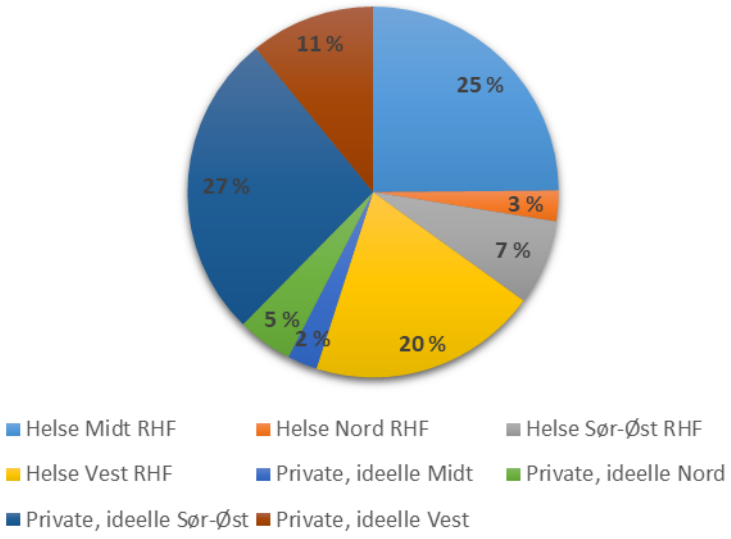
	2021		**2022**		**Totalt 2020-2022**	
Juridisk enhet	**Antall pasienter**	**Antall skjema**	**Antall pasienter**	**Antall skjema**	**Antall pasienter**	**Antall skjema**
Helse Stavanger HF	323	454	330	439	730	1301
St. Olavs hospital HF	214	281	265	376	444	777
Helse Møre og Romsdal HF	161	253	223	317	365	623
Blå Kors Lade behandlingssenter	84	211	96	198	142	461
Stiftelsen Fossum-kollektivet	64	150	52	116	110	363
Sigma Nord	81	149	0	0	84	169
Blå Kors, Borgestad	78	130	63	82	151	280
Helse Bergen HF	84	100	117	159	240	324
Sørlandet sykehus HF	52	90	49	107	77	198
Blå Kors Loland Behandlingssenter	40	89	50	133	91	316
Blå Kors Øst	46	89	63	118	102	247
Stiftelsen Phoenix	30	87	29	121	46	215
Tyrilistiftelsen	39	84	98	206	125	301
Stiftelsen Crux	38	82	45	95	74	224
Samtun	27	76	51	159	67	261
Trasoppklinikken	37	75	88	130	116	223
Origosenteret	36	66	10	12	46	92
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	52	65	36	69	106	164
Kirkens Bymisjon Oslo	26	58	50	80	70	145
Helse Nord Trøndelag HF	30	41	48	67	73	122
Stiftelsen Valdresklinikken	21	41	21	33	42	79
Finnmarkssykehuset HF	17	39	16	23	29	63
NKS Kvamsgrindkollektivet	9	35	8	11	11	49
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	13	34	14	26	23	82
Sykehuset i Vestfold HF	26	29	81	82	104	113
Stiftelsen Riisby Behandlingssenter	17	27	11	36	32	93

Følsomhet Intern (gul)

Kvinnekollektivet Arken	12	22	8	12	25	55
Stiftelsen Karmsund ABR-senter	17	22	5	5	26	38
Stiftelsen Solliakollektivet	19	22	22	31	34	56
Sykehuset Innlandet HF	20	20	30	39	44	69
Sykehuset Telemark HF	14	15	7	7	21	34
Frelsesarmeen	6	12	3	3	12	20
Sykehuset Østfold HF	10	12	0	0	11	13
Rogaland A-senter	8	9	113	120	159	177
Stiftelsen Manifestsenteret	7	8	22	32	28	41
Skjelfoss Psykiatriske Senter TSB	5	6	10	16	16	32
Helse Fonna HF	5	5	15	26	21	32
Stiftelsen Incognito klinikk	2	2	30	58	36	65
Oslo universitetssykehus HF	1	1	7	9	12	22
Unicare 12 trinn	1	1	0	0	1	2
Veslelien	1	1	39	54	40	55
Vestre Viken HF	1	1	0	0	1	2
Alfa Kurs og Behandlingssenter	0	0	0	0	1	2
Blå Kors Haugaland A-senter	0	0	30	32	40	42
Care Service	0	0	0	0	2	2
Helse Førde HF	0	0	0	0	3	5
Stiftelsen Renåvangen	0	0	0	0	5	5
Totalt	**1774**	**2994**	**2255**	**3639**	**4038**	**8054**

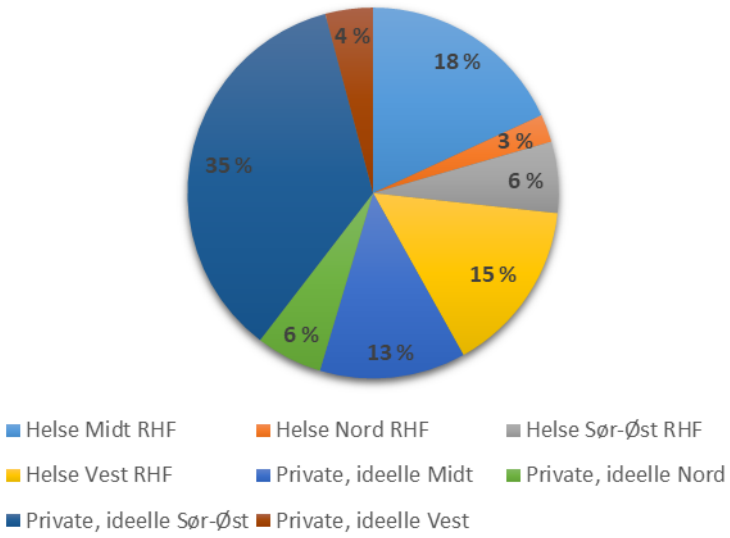
Diskrepans fra årsrapporten 2021 skyldes reservasjoner.

Figur 1: Basisregistreringer 2022

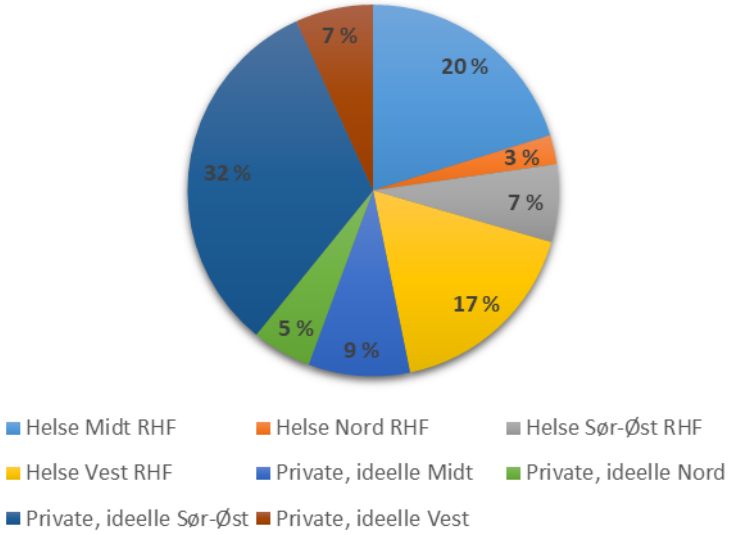


Følsomhet Intern (gul)

Figur 2: Målepunktregistreringer 2022



Figur 3: Basis, kun målepunkt og målepunkt 2022



Tabell 45: Målepunktregistreringer pr. helseregion og offentlig/privat

Gruppering	
Helse Midt RHF	390
Helse Nord RHF	52
Helse Sør-Øst RHF	133
Helse Vest RHF	326
Private, ideelle Midt	276
Private, ideelle Nord	124
Private, ideelle Sør-Øst	761
Private, ideelle Vest	89

Følsomhet Intern (gul)

5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

Kvarus skal i samarbeid med NPR utvikle metode for beregning av dekningsgrad. Forløp vil inkluderes basert på henvisning i TSB med rusdiagnose (ICD-10 kode F10 til og med F19), justert for korte, akutte og avbrutte forløp.

5.3 Tilslutning

For å kunne registrere pasienter i Kvarus må registerkontakten i den aktuelle virksomheten melde inn navn på de behandlerne som skal registrere i Kvarus. Videre må den som skal registrere ha søkt om- og fått tilgang til registeret. Søknader behandles manuelt av registerledelsen via innloggingsløsningen FALK.

Det er mange virksomheter som tilbyr tjenester innen TSB og det er stadige endringer i tjenesteleverandører. I løpet av 2022 har vi kjennskap til 61 juridiske virksomheter som er pliktige til å registrere i Kvarus ut fra Forskriften § 2-3 (19 helseforetak, 33 private med avtale, 9 som kun leverer FBV-tiltak).

42 (69%) av virksomhetene registrerer i Kvarus. Alle helseregioner har tiltak innen TSB og alle helseregioner rapporterer data til Kvarus. Det er likevel verdt å merke seg at det innad i virksomhetene er store variasjoner i hvor mange behandlingsenheter som er tilsluttet. I rapporteringsåret var det 19 virksomheter, som er pliktige til å registrere i Kvarus, som ikke leverte data:

- Stiftelsen Fredheim
- Renåvangen
- Akershus universitetssykehus HF
- Vestre Viken HF
- Sykehuset i Østfold HF
- Diakonhjemmet
- Lovisenberg
- Helse Førde HF
- Helgelandssykehuset HF
- Nordlandssykehuset HF
- Blå Kors klinikk Tjeldsund
- Vitalis Helse Kragerø
- Mestringshusene
- Vangseter
- Omegastiftelsen
- Fekjær psykiatriske senter
- Stiftelsen Guts
- Allos Stiftelsen
- WeCare

Følsomhet Intern (gul)

5.4 Dekningsgrad

Dekningsgradsanalyse for 2022 ble bestilt fra Norsk pasientregister (NPR) i desember 2022. Dekningsgradsanalysen er pr. 28. august 2023 ikke påbegynt og inngår derfor ikke i årsrapporten. Dekningsgradsanalysen for 2022 vil tas med i årsrapporten for 2023.

5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

Opplæringstiltak

Ved oppstart av registrering i virksomheter gjennomføres grundig opplæring. Opplæringen foregår i hovedsak elektronisk og involverer ledelse, registerkontakter, kvaruskontakter og behandlere. I etterkant av opplæring tilbys virksomheter oppfølging 3 måneder etter oppstart og videre etter behov. Det gjennomføres gjerne også repetisjon av opplæring ved forespørsel. Repetisjon kan være aktuelt i virksomheter som enten ikke kom i gang etter første opplæring eller som har flere nye ansatte/utskiftning av personale. I tillegg håndteres kontinuerlige henvendelser fra både virksomheter, avdelinger og enkelt behandlere knyttet til system og drift.

Informasjonsmateriale

På nettsiden www.kvarus.no foreligger det grundig informasjon om Kvarus. Informasjonen inkluderer også opplæringsmateriell og eget e-læringskurs som tar deltakere gjennom hele registreringsmodulene, skjemaene og de ulike funksjonene. Nettside og e-læringskurs ble i løpet av 2021 oppdatert i samsvar med endringene i revisjonen, og publisert 3. januar 2022.

Valideringsregler (logiske kontroller)

I innregistreringsløsningen er det lagt inn en rekke valideringsregler og hjelpetekster for å sikre god datakvalitet (advarsler ved bruk av sannsynlige verdier, varsler om obligatoriske felt, ulovlige verdier m.m.).

Revisjon

Under revisjonsarbeidet i 2021 ble det gjennomført tiltak for forbedring av registeret. Revisjonen ble satt i drift 3. januar 2022. Ellers er det kun gjennomført feilretting og kjerneoppgradering. I løpet av 2022 har vi utarbeidet en rekke forbedringsønsker basert på våre egne ønsker og innspill fra kliniske miljø og sentrale samarbeidspartnere. Endringsønskene er spesifisert og sendt til teknisk leverandør.

Manuelle kontroller

Registerledelsen utfører ingen manuelle kontroller. Dette vil være et svært omfattende arbeid som registerledelsen ikke har kapasitet til å utføre. Enkelte virksomheter gjennomfører manuelle kontroller.

5.6 Metoder for vurdering av datakvalitet

Registeret vurderer datakvaliteten basert på kompletthet, korrekthet og reliabilitet.

Data for registeret blir samlet inn elektronisk. IT-systemene har regler og sperrer for ulogiske

Følsomhet Intern (gul)

kombinasjoner og feilaktige opplysninger. Dette sikrer at kodingen og bearbeidingen av dataene i registeret i liten grad varierer over tid eller varierer med den enkelte kodene.

Det er en målsetting at registeret i fremtiden skal gjennomføre en validitets og reliabilitets analyse.

5.7 Vurdering av datakvalitet

Variabelkomplettheten for de sosiodemografiske er jevnt over høy og ligger på over 90% for flertallet av variablene. Variabelen «tidligere behandling» har den laveste komplettheten med 52%. En mulig forklaring på dette er at behandler unnlater å besvare spørsmålet dersom pasienten ikke har vært i behandling tidligere. Variabelkomplettheten for «behandlingsmodell» er nest lavest med 65% og tredje lavest for «rusmiddel» med 73%. Blant de øvrige variablene er variabelkomplettheten noe lavere for variablene som omhandler fysisk helse; BMI, røyk og aktivitet.

Kvarus har ikke tilgang til data for å beregne representativitet, korrekthet og reliabilitet for 2022.

Tabell 46: Variabelkompletthet for sosiodemografiske variabler

Variabel	Mangler verdi (n)	Skulle hatt verdi (N)	Kompletthet (%)	Skjema
Kjønn	0	3845	100 %	Begge
Alder	0	3845	100 %	Begge
Bo/Samvær med barn	32	1498	98 %	Basis
Bolig	25	1498	98 %	Basis
Utdanning	41	1498	97 %	Basis
I arbeid eller aktivitet	104	1498	93 %	Basis
Livssituasjon	45	1498	97 %	Basis
SCL-10	88	1498	94 %	Basis
BMI	173	1498	88 %	Basis
Røyk	138	1498	91 %	Basis
Aktivitet	294	1498	80 %	Basis
Alder første gang ruset	89	1498	94 %	Basis
Rusmiddel	409	1498	73 %	Basis
Sprøyte	55	1498	96 %	Basis
Overdose	53	1498	96 %	Basis
Tidligere behandling	721	1498	52 %	Basis
Behandlingsmodell	752	2168	65 %	Målepunkt

Følsomhet Intern (gul)

Tabell 47: Variabelkompletthet for variabler som blir brukt til utregning av prosessindikatorene

Variabel	Mangler verdi (n)	Skulle hatt verdi (N)	Kompletthet (%)	Skjema
Spesialistkompetanse	3	39	92 %	
Tverrfaglighet	3	39	92 %	
Behandlingsplan	5	763	99 %	Første målepunkt, hvis aktiv
Diagnose	0	763	100 %	Første målepunkt, hvis aktiv
Kriseplan	231	763	70 %	Første målepunkt, hvis aktiv
Utbytte av behandling	102	1609	94 %	Aktive Målepunkt
Fullført behandling	0	466	100 %	Avsluttende målepunkt

Følsomhet Intern (gul)

Kapittel 6
Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring

6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

Kvarus omfatter alle pasienter med rusdiagnose i nye behandlingsforløp i TSB. Rusdiagnose er definert som ICD-10 kode F10 til og med F19. Pasienter som kun er inne til behandling i en kort, akutt fase før de igjen blir utskrevet skal ikke registreres i Kvarus.

6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer

Registervariablene er beskrevet i kodebok. Kodeboken er integrert i MRS. I 2021 ble kodeboken revidert med metadata. I 2022 ble kodeboken oppdatert etter revisjonen av Kvarus. Kodeboken er tilgjengelig for nedlastning fra MRS.

6.2.1 Beskrivelse av registerets variabler

Variablene skal gi en beskrivelse av pasientene, hvilken behandling som gis og resultatet av behandlingen. Følgende variabler inngår i Kvarus:

Pasientregister

- Fødselsnummer
- Kjønn
- Fødselsår

Behandlingsforløp-register

- Oppstartdato
- Navn på den som registrerer
- Informasjon om reservasjon

Basisopplysninger - spørsmål

- Henvisningsdiagnose
- Planer ved inntak
- Oppfølging siste tre måneder før inntak (fra hvem)
- Tidligere behandling/tiltak i TSB, Psykisk helsevern, Barnevern
- Hendelser og erfaringer som kan ha betydning for behandlingen (14 items)
- Bosituasjon ved inntak (bolig, sammen med)
- Barn (bor sammen med), graviditet
- Utdanning, arbeid og inntekt
- Fysisk helse (diagnoser, behandlingsbehov)
- Psykisk helse: diagnoser, selvrapportert 14 items, SCL10)
- Medikamentell behandling ved inntak (inkl. ATC-koder)
- Bruk av rusmidler (hvilke, historikk, omfang/hyppighet)

Følsomhet Intern (gul)

- Injisering og overdose (historikk, aktuell)
- Egenaktivitet (rusfrie perioder, egne endringsforsøk)
- Motivasjon (4 items)
- Livssituasjon (13 items)
- Ressurser (7 items)

Målepunktregister

- Dato
- Behandlingsenhet
- Navn på den som registrerer
- Lovgrunnlag for behandling
- Behandlingstilbud

Målepunkt – spørsmål (endring siden forrige målepunkt / aktuell situasjon)

- Planer
- Kartlegging/utredning (inkl. NCMP-koder, utført i egen enhet / av andre)
- Behandling (format, intensitet, tema, NCMP-koder, utført i egen enhet / av andre)
- Medikamentell behandling (inkl. ATC-koder)
- Behandlingsmodell
- Samarbeid med andre (hvem)
- Hendelser og erfaringer (10 items)
- Bosituasjon (bolig, sammen med)
- Barn (sammen med), graviditet
- Utdanning arbeid og inntekt
- Fysisk helse (diagnoser)
- Psykisk helse (diagnoser, selvrapportert 14 items, SCL10)
- Bruk av rusmidler (hvilke, omfang, hyppighet)
- Overdose og injisering
- Egenaktivitet (for endring i rusmiddelbruk)
- Motivasjon (4 items)
- Livssituasjon (13 items)
- Pasientens evaluering av behandlingen (15 items)
- Ved avbrutt behandling: Avbrutt/overført, begrunnelse
- Ved avsluttet behandling med gjensidig avtale (outcome-mål):
- Antall dager brukt rusmidler siste 30 dager
- Antall dager i arbeid/skole siste 30 dager
- Antall dager med regelmessige aktiviteter (ikke arbeid/skole) siste 30 dager
- Har du egen bolig (eid/leid)
- I hvor stor grad opplever du din bruk av rusmidler som et problem
- Hvordan synes du selv at din fysiske helse er for tiden
- Hvordan synes du selv at din psykiske helse er for tiden
- Hvordan er ditt forhold til deg selv for tiden
- Hvordan er ditt forhold til dine venner for tiden
- Hvordan er ditt forhold til din partner for tiden
- Hvordan er din totale livssituasjonen er for tiden

Følsomhet Intern (gul)

- Avtalt oppfølging (fra hvem)

Fulgt opp etter 1 år - spørsmål

- Antall dager brukt rusmidler siste 30 dager
- Antall dager i arbeid/skole siste 30 dager
- Antall dager med regelmessige aktiviteter (ikke arbeid/skole) siste 30 dager
- Har du egen bolig (eid/leid)
- I hvor stor grad opplever du din bruk av rusmidler som et problem
- Hvordan synes du selv at din fysiske helse er for tiden
- Hvordan synes du selv at din psykiske helse er for tiden
- Hvordan er ditt forhold til deg selv for tiden
- Hvordan er ditt forhold til dine venner for tiden
- Hvordan er ditt forhold til din partner for tiden
- Hvordan er din totale livssituasjonen er for tiden
- Mottatt oppfølging (fra hvem)

6.2.2 Beskrivelse av registerets kvalitetsindikatorer

Fra Kvalitet og kvalitetsindikatorer (2021):

Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan for eksempel måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør sees i sammenheng og kan samlet i et bilde av helsetjenesten.

Høsten 2021 og våren 2022 er det arbeidet med utvikling av mulige kvalitetsindikatorer i Kvarus. Arbeidet har bygget på veiledere om utvikling av kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt Servicemiljø og Helsedirektoratet, på nasjonale faglige retningslinjer for TSB, råd fra en fagperson med mange års erfaring fra arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer, og på interne diskusjoner i det fagmiljøet ved Helse Stavanger/KORFOR, som Kvarus registerledelse er en del av. Status for arbeidet ble tatt opp til grundig diskusjon i Kvarus sitt Fagråd i mai 2022. Vi gjør her rede vurderingene av de enkelte indikatorene.

Strukturindikatorer
Gjennom et samarbeid med Nasjonal Kompetansetjeneste TSB (NK-TSB) har vi tilgang til oppdaterte data fra deres kartlegging av strukturelle trekk ved tjenestene. Dette gir grunnlag for å etablere strukturindikatorer i et samlet nasjonalt indikatorsett. To variabler vurderes som de mest sentrale for måling av strukturkvaliteten i TSB. Disse er besluttet etablert umiddelbart, med tilgang på data av tilfredsstillende kvalitet for registreringsåret 2021.

Spesialistkompetanse: Ut over å ha en tverrfaglig kompetanse, må det være et krav til en spesialisthelsetjeneste innen TSB, at den har ansatt relevante spesialister. Indikatoren for spesialistkompetanse er definert som andelen av behandlingsenhetene som har ansatt minst en psykologspesialist og/eller minst en legespesialist (rus- og avhengighetsmedisin). Målnivå for høy måloppnåelse settes til 80% og moderat måloppnåelse til 60%.

Tverrfaglighet: TSB er kjennetegnet med et krav om at tjenestene skal være tverrfaglig

Følsomhet Intern (gul)

bemannet. Indikatoren for tverrfaglighet er definert som andelen av behandlingsenhetene som har ansatt minst en person innen hver av faggruppene lege, psykolog, sosionom (eller annen sosialfaglig utdannet) og sykepleier (eller annen helsefaglig utdannet). Målnivå for høy måloppnåelse settes til 80% og moderat måloppnåelse til 60%.

Prosessindikatorer
Både Helsedirektoratets 11 nasjonale kvalitetsindikatorer for rusbehandling og de nasjonale faglige retningslinjene retter seg mot innholdet i og organiseringen av behandlingen, altså prosess-indikatorer. Det samme gjør et annet sentralt utgangspunkt for å peke ut viktige prosessindikatorer; det nasjonale pasientsikkehetsprogrammet. På dette grunnlaget er følgende indikatorer besluttet etablert som prosessindikatorer i Kvarus:

Behandlingsplan: Å ha utarbeidet en behandlingsplan tidlig i forløpet, vurderes som et svært viktig tiltak for å oppnå god kvalitet i behandlingen. Prosessindikatoren behandlingsplan defineres som andelen pasienter som har en behandlingsplan registrert på første målepunkt i Kvarus. En behandlingsplan vurderes som relevant for alle pasienter i TSB og målnivå for høy måloppnåelse settes derfor til 80% og moderat måloppnåelse til 60%. Data vurderes av tilstrekkelig god kvalitet til at det kan rapporteres på denne variabelen på nasjonalt nivå allerede fra 2021.

Den etablerte nasjonale indikatoren defineres som «andel av pasienter i pakkeforløp for TSB som sammen med behandler, har utarbeidet en behandlingsplan». I Kvarus spør vi pr. i dag ikke om dette har skjedd i et samarbeid mellom behandler og pasient. Når dette oppfølgingsspørsmålet er implementert vil det bli vurdert om positivt svar på dette spørsmålet skal være et vilkår i indikatoren.

Diagnose: Den allerede etablerte nasjonale indikatoren for diagnose defineres som andelen pasienter som har fått minst en F00 – F99 diagnose dokumentert i journal ved avslutning av behandlingsforløpet (henvisningsperioden). Kvarus sin vurdering er at diagnoser først og fremst har en mening som en indikator på kvalitet om den settes så tidlig i forløpet at den kan virke informerende på den videre behandlingen. For Kvarus er dermed indikatoren definert som andelen pasienter som har fått satt en F10 – F19 diagnose ved første målepunkts-registrering. Målnivå for høy måloppnåelse settes til 80% og moderat måloppnåelse til 60%.

Kriseplan: En indikator som retter seg mot ivaretakelse av pasientsikkerheten, vurderes som svært viktig i et sett av kvalitetsindikatorer for TSB. Kvarus sin vurdering er at det å ha en utarbeidet kriseplan tidlig i forløpet, fanger opp mange sider ved det å ivareta pasientsikkerheten. Siden vi pr. i dag ikke har et datagrunnlag til å vurdere hvor stor andel det vil være relevant for å ha en kriseplan, er det ikke mulig å sette et målnivå for denne indikatoren.

Utbytte av behandlingen: Forskning viser at pasients opplevde utbytte av behandlingen er en viktig prediktor for et godt behandlingsutfall. Pasientens opplevde nytte av behandlingen er da også allerede etablert som nasjonal kvalitetsindikator for TSB, men da avgrenset til opplevd nytte av behandling i døgntiltak. I Kvarus registreres opplysninger om hele behandlingsforløpet innenfor en henvisningsperiode og Kvarus vurdering er at det er den

Følsomhet Intern (gul)

opplevde nytten av hele forløpet som bør være den mest sentrale kvalitetsindikatoren. Indikatoren defineres som andelen pasienter som svarer «i stor grad» eller «i svært stor grad» på spørsmålet i Kvarus om utbytte av behandlingen. Målnivå for høy måloppnåelse settes til 80% og moderat måloppnåelse til 60%.

Fullført behandling: Forskning viser at det å fullføre den behandlingen som er avtalt, er en viktig prediktor for et godt behandlingsutfall. Såkalt drop-out fra behandling er anerkjent som et stort problem i TSB og indikatoren er derfor sentral for både å måle status og for å kunne evaluere tiltak for kvalitetsforbedring. Kvarus har valgt å definere indikatoren «positivt», som andelen avslutninger i Kvarus som skjer etter gjensidig avtale mellom behandler og pasient. Målnivå for høy måloppnåelse settes til 80% og moderat måloppnåelse til 60%.

Den etablerte nasjonale indikatoren for drop-out gjelder kun for døgnopphold. På et senere tidspunkt vil det kunne være aktuelt å dele Kvarus-indikatoren i to, en relatert til avslutning av hele forløpet og en til avslutning av døgnopphold. Da må det imidlertid legges inn nye spørsmål i registeret, relatert til avslutninger av døgnopphold. Dette er et spørsmål som en dermed må komme tilbake til i neste runde.

Resultatindikatorer
To resultatindikatorer er besluttet etablert i Kvarus allerede nå; livskvalitet og psykisk helse. I tillegg er en indikator på rusmiddelbruk vurdert.

Livskvalitet: Ut fra nyere forskning og hva det legges vekt på i nasjonale faglige retningslinjer, er oppnådd bedret livskvalitet det mest sentrale utfallsmålet i behandling av ruslidelser. I Kvarus brukes Quality of Life – 5 (QoL-5) for å fange opp den egenopplevde livskvaliteten både i forhold til psykisk og fysisk helse, i forhold til seg selv, til venner og til eventuell partner, altså både en klinisk, en personlig og en relasjonell dimensjon. Det er de samme dimensjonene som definerer en moderne forståelse av begrepet recovery. Kvalitetsindikatoren livskvalitet defineres som andelen pasienter som oppnår en gitt gjennomsnittsskåre på QoL-5. Registeret jobber videre med å finne frem til sammenligningsgrunnlag.

Psykisk helse: I TSB er en også ansvarlig for å gi behandling til pasienter med milde til moderate psykiske lidelser og bedring av den psykiske helsen er derfor et sentralt utfallsmål i TSB. Symptom Check List – 10 (SCL-10) er tatt inn i Kvarus som et godt validert instrument som et mål på pasientenes aktuelle psykiske helse. I SCL-10 er cut-off for indikasjon på psykisk lidelse satt til en gjennomsnittsskåre for de 10 spørsmålene på 1,85 (skala 1 – 4). Her finnes det også mange studier som kan brukes som referanse for å definere målnivå.

Det er også andre variabler som vil bli vurdert som grunnlag for å etablere flere resultatindikatorer i Kvarus. Men flere av disse er det pr. i dag mye faglig diskusjon rundt eller ikke tilfredsstillende informasjon om i dagens Kvarus-løsning. Endringer i rusmiddelbruk er den viktigste av disse.

Rusmiddelbruk: Det er vanskelig å komme unna endringer i rusmiddelbruk som en indikator for kvaliteten på en tjeneste som nettopp er etablert for å behandle ruslidelser. Men det er

Følsomhet Intern (gul)

langt verre å bli enige om et mål på endring som alle kan være enige om og som kan favne alle pasientgrupper og alle behandlingsmålsettinger. Total «rusfrihet» er ikke lenger ansett som et relevant behandlingsmål for alle pasienter, og for eksempel det mye brukte «rusmiddelbruk siste 30 dager» gir ikke samme bilde av problemomfang for alle rusmidler og alle bruksmønstre. Vurderingen så langt er at en framtidig indikator må ta utgangspunkt i pasientens individuelle målsetting om framtidig rusmiddelbruk, og så måle hvor stor andel av pasientene som oppnår en slik individuell målsetting. Det vil imidlertid kreve et nytt spørsmål i avslutningsregistreringen i Kvarus.

6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

Kvarus inneholder både resultat- og erfaringsmål. Generelt benyttes flere og ulike skjemaer i TSB, som vil variere fra virksomhet til virksomhet. Det en har forsøkt å gjøre i Kvarus er å utvikle et standardskjema som kan benyttes av hele fagfeltet.

PREM
14 spørsmål om pasientens opplevelse av behandlingen på hvert målepunkt. Skjema bygger på PasOpp-undersøkelsene utviklet av Folkehelseinstituttet. Skjema bygger på Kontinuerlig elektroniske målinger (KEM) i psykisk helsevern og TSB, utviklet av Folkehelseinstituttet.

PROM
5 spesifikke spørsmål fra QoL5 og ett overordnet spørsmål om livskvalitet på hvert målepunkt. QoL5 er et validert instrument for å måle livskvalitet og utbredt innen rustjenester. Vi ønsker et helhetlig PROM, ikke ett som er direkte helse rettet.

I tillegg har PROM spørsmål om antall dager med rusmiddelbruk, i arbeid/utdanning/aktivitet og bosituasjon, ved avsluttet behandling og ved ett års oppfølging. Disse er valgt ut etter faglig skjønn for å få et bredere bilde av pasientens livssituasjon.

6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

Tallene i 3.2 er inndelt etter kjønn og alder. Det er ikke gjennomført analyser på sosiale forskjeller.

6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.

Kvarus har i 2022 ikke bidratt til videreutvikling av nasjonale faglige retningslinjer, handlingsplaner eller utvikling/etablering av nasjonale kvalitetsindikatorer. Registerledelsen har bidratt til KORFOR sitt innspill til behandlings- og forebyggingsreformen.

6.6 Etterlevelse av faglige retningslinjer

Den viktigste retningslinjen for Kvarus er Nasjonal faglig retningslinje for Behandling og

Følsomhet Intern (gul)

rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2016). Utformingen av variablene som beskriver innholdet i behandlingen bygger i stor grad på denne retningslinjen, og disse delene av retningslinjen kan evalueres ved hjelp av Kvarus.

I utformingen av kvalitetsindikatorer for Kvarus er det tatt utgangspunkt i nasjonale kvalitetsindikatorer for rusbehandling (Helsedirektoratet, 2021). Det finnes ikke et godt nasjonalt datagrunnlag for TSB, Kvarus ble opprettet nettopp for å bedre datagrunnlaget. De nasjonale kvalitetsindikatorene er preget av mangelen på relevante data, og fokuserer i stor grad på forløpstid, ventetid og fristbrudd. Kvarus er ikke utviklet for å evaluere slike forhold, da bruker man verktøy som NPR. Det er tre nasjonale kvalitetsindikatorer som kan evalueres med Kvarus, og de er alle brukt som utgangspunkt for prosessindikatorer i dette registeret. Strukturvariablene i Kvarus fokuserer på kjernen i TSB-tilbudet fra retningslinjen 12.2; flerfaglighet og tilgang på spesialister.

I vurderingen av mulige resultatindikatorer i Kvarus var det lite å hente i retningslinjer og fastsatte nasjonale indikatorer. Utgangspunktet for vurderingen er kunnskap om en bred tilnærming til resultater av behandling, som kan utledes fra den rådende faglige tenkningen om rusrelaterte helseproblem, den dynamiske biopsykososiale modellen for forståelsen av avhengighet (se for eksempel Lehman et al. (2017)) og tenkningen om klinisk, personlig og relasjonell recovery (se for eksempel Bjørnestad et al. (2020)).

6.7 Pasientrettet kvalitetsforbedring

Kvarus har i 2022 ikke identifisert pasientrettede forbedringsområder på bakgrunn av analyser fra registeret.

6.8 Pasientsikkerhet

I Kvarus registreres det ikke komplikasjoner eller uønskede hendelser i forbindelse med behandling av pasienter med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler.

Følsomhet Intern (gul)

Kapittel 7
Formidling av resultater

7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

Kvarus skal benytte Rapporteket. Dette er en prosess som har trukket ut over flere år. I Rapporteket kan enhetene til enhver tid sjekke registreringsaktivitet og statistikk. I tillegg vil automatiske rapporter bli sendt ut hvert tertial.

Det er utarbeidet en midlertidig løsning som ble tatt i bruk i 2022. Løsningen innebærer standardiserte rapporter på et utvalg av variabler, holdt opp mot nasjonale tall, som kan formidles til enheter som har en viss registreringsaktivitet. Se punkt 3.2. og punkt 9.

7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

Standardrapporter basert på basisregistreringer produseres ved forespørsel. Innholdet er de samme variablene som i 3.2.1. Frekvens varierer mellom virksomhetene. Det vanligste har vært årlige rapporter, men enkelte virksomheter får rapporter for kortere intervaller. I tillegg er det utviklet et standardformat for aktivitetsrapporter som formidles til virksomheter som etterspør de. Tilpassede rapporter utarbeides etter bestilling og kapasitet.

7.3 Resultater til pasienter

Grafer med sentrale variabler blir presentert for pasienter ved hver målepunktregistrering. Dette gjelder variablene: utbytte av behandling, bruk av rusmidler siste 30 dager, dager i utdanning/arbeid, dager i regelmessig aktivitet, opplevelse av rusmidler som et problem, bolig og boligsituasjon, fysisk helse, psykisk helse, forhold til seg selv, forhold til venner, forhold til partner og total livssituasjon.

Tilbakemeldinger fra kliniske miljø er pasienter opplever grafene som svært meningsfulle, da de gir en visuell fremstilling av endringer over tid.

7.4 Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no

Kvalitetsindikatorer er publisert på kvalitetsregistre.no. Kvalitetsindikatorene oppdateres årlig og de som presenteres er spesialistkompetanse, tverrfaglighet, behandlingsplan, diagnose, kriseplan, utbytte av behandling og fullført behandling.

Følsomhet Intern (gul)

Kapittel 8
Samarbeid og forskning

8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

1. Kvarus har deltatt i prosjektgruppe for etableringen av kvalitetsregister for psykisk helse voksne.

2. Kvarus samarbeider tett med Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) i Helse Stavanger, både når det gjelder metodikk for integrering av Kvarus, videreutvikling av skjema, pasientrettet forbedringsarbeid og forskning.

3. Registerleder sitter i nasjonalt fagråd for kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og rusbehandling.

4. Kvarus deltar i felles møter med de andre kvalitetsregistrene i Helse Stavanger for å utveksle erfaringer og fremme saker ovenfor ledelsen.

Registerledelsen har ikke evaluert disse samarbeidene.

8.2 Vitenskapelige arbeider

Kvarus har ikke utlevert data til forskningsformål i 2022 og kjenner heller ikke til publiseringer eller presentasjoner.

Følsomhet Intern (gul)

Del II
Plan for forbedringstiltak

Følsomhet Intern (gul)

Kapittel 9
Videre utvikling av registeret

9.1 Tiltak gjennomført i rapporteringsåret

Overgang til reservasjon
4.januar 2022 gikk Kvarus over fra samtykke til å bli et reservasjonsbasert register. Overgangen var et resultat av en større revisjon av Kvarus i 2021, basert på omfattende erfaringsinnhenting fra virksomheter og pasienter fra første driftsår. De viktigste årsakene til overgangen var at samtykkeløsningen var en aktiv barriere for implementeringen av Kvarus og påvirket muligheten til å ivareta pasientens personvern på en tilstrekkelig måte. I forkant av overgangen til reservasjon ble det gjennomført en sikkerhetsvurdering av foretakets IT sikkerhetsavdeling og revidering av DPIA. Personvernombudet vurderte vilkårene for overgang til reservasjonsløsning som oppfylt jf. Forskrift om kvalitetsregistre kapittel 3, under forutsetning av at løsningen ble gjennomført som beskrevet i DPIA og tilhørende dokumenter.

Opplæring og oppfølging
I løpet av rapporteringsåret er det gjennomført opplæring med virksomheter og enheter som skal i gang med Kvarus for første gang, i tillegg til nye opplæringsrunder i virksomheter og enheter som av ulike årsaker har hatt behov for oppfriskning. I rapporteringsåret ble det i tillegg utarbeidet rutiner for oppfølging etter opplæring. Oppfølgingen som ble gitt i rapporteringsåret foregikk ca. 3-4 måneder etter opplæring, hvor virksomhetene fikk tilbud om oppfølgingsmøte for å diskutere utfordringer, dele erfaringer, avklare spørsmål og uklarheter. Hvis de ved oppfølgingstidspunktet hadde kommet i gang med registrering, så ble også resultater fra virksomheten/avdelingen, holdt opp mot nasjonale tall, presentert.

I tillegg har registerledelsen hatt løpende kontakt med virksomheter og enheter etter behov. Kontakten har inkludert generell drift som tilganger, registreringsarbeid og organisering av registreringsarbeid, informasjon om ressurser i registreringsarbeidet og avklaringer av tekniske og faglige spørsmål.

Registerledelsen har også benyttet seg av erfaringene med implementering på St.Olav, som har ledet frem til ekstra oppfølging av utvalgte enheter.

Oppdatering av informasjonsmateriell og ressurser til bruk i registreringsarbeid
Som følge av revisjonen av Kvarus høsten 2021, var det vesentlige endringer i Kvarus fra januar 2022. Alt av informasjonsmateriale og opplæringsmateriale ble derfor oppdatert, inkludert e-læringskurset som benyttes i opplæring og drift. For å lette arbeidet for behandlere i møte med fremmedspråklige pasienter, ble også alle pasientspørsmål oversatt til polsk, engelsk og samisk. Oversettelsene er nedlastbare fra www.kvarus.no og brukes som støtteark i møte med pasient.

Følsomhet Intern (gul)

Etablering av regionale nettverk
Som et tiltak for å øke dekningsgrad ble det våren 2022 etablert fire regionale nettverk for henholdsvis Helse Nord, Helse Vest, Helse Sør-Øst (døgn) og Helse Sør-Øst (blandet tilbud). Helse Midt drifter sitt eget nettverk. Bakgrunnen for etableringen av nettverkene var registerledelsens ønske om å ha en strukturert og regelmessig dialog med kontaktpersonene i hver av helseregionene. Målgruppen er register- og kvaruskontakter i alle virksomheter, i tillegg til TSB ledere, brukerrepresentanter og fagutviklere. Målet er å bygge nettverk for erfaringsdeling og kopling av kunnskap. Nettverkene skal også være en arena for å sette viktige temaer på dagsorden, både for deltakere og registerledelsen. Nettverkene ble etablert- og driftes i samarbeid mellom registerledelsen og Nasjonal Kompetansetjeneste ROP (NK-TSB), og har som målsetning å gjennomføre to nettverksmøter i året i hver region.

I 2022 ble det avholdt to digitale nettverksmøter i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-øst (døgn), og ett i Helse Sør-øst (blandet tilbud). Følgende saker ble tatt opp under nettverksmøtene:

Første nettverksmøte:
- Nytte av erfaringsnettverk
- Status registreringsaktivitet i regionen
- Resultater for regionen, holdt opp mot nasjonale tall
- Ressurser til hjelp i registreringsarbeidet
- Erfaringsdeling fra deltakende virksomheter
- Spørsmål og svar

Andre nettverksmøte:
- Status registreringsaktivitet i regionen
- Erfaringsdeling fra deltakende virksomheter
- Avklaringer omkring avslutningsstatuser i Kvarus
- Spørsmål og svar

I tillegg deltok registerledelsen på to av nettverksmøtene i Helse Midt.

Spørreundersøkelse om integrering av Kvarus i TSB
For å få kunnskap om behandlernes opplevelse av implementering av Kvarus i sitt kliniske arbeid, ble det i desember 2022 gjennomført en spørreundersøkelse i virksomheter som var i gang med registrering i Kvarus. Undersøkelsen ble sendt til 1165 behandlere med tilgang til Kvarus, ved hjelp av mail adresser hentet fra innregistreringsløsningen FALK. Det ble deretter gjennomført en purringsrunde hvor undersøkelsen ble sendt til registerkontaktene, som ble bedt om å distribuere purringen internt til sine ansatte. Undersøkelsen fikk 160 svar.

84 % av de som besvarte undersøkelsen registrerer i Kvarus. 56% av disse har registrert i Kvarus siden 2020 eller 2021, de resterende begynte registrering i 2022. 75 % er sykepleier eller har sosialfaglig/annen helsefaglig bakgrunn, resten er enten lege eller psykolog. 40 % av de som registrerer har gjennomført mer enn 10 registreringer, mens resten har mindre enn 10 registreringer.

Følsomhet Intern (gul)

Resultater fra de som registrerer (84 %):
På en skala fra 1-10 (1=Nei, 5=Delvis, 10=Full og helt) svarer størstedelen av behandlere at de i mindre grad opplever Kvarus som en naturlig del av deres arbeid (59 % svarer 1-4, 20% svarer delvis og 21 % svarer 6-10). 65 % svarer mellom 5 (delvis) og 10 (fullt og helt) på spørsmål om Kvarus i fremtiden vil bli en naturlig del av deres arbeid.

69 % kjenner til informasjon om nytten ved å registrere i Kvarus, og 42 % er enig eller veldig enig i den potensielle verdien av Kvarus (32 % er hverken enig eller uenig). 46 % er enige eller veldig enige om at arbeidsstedet har en felles forståelse for hva som er hensikten med Kvarus. Kun 16 % er enige eller veldig enige om at det er en enighet blant ansatte på arbeidsstedet om at Kvarus er verdt innsatsen, mens 48% er enten uenig eller veldig uenig. 54 % svarer at enig eller veldig enig på spørsmål om de kommer til å støtte bruken av Kvarus fremover, 28 % er hverken enig eller uenig.

Resultater fra de som ikke registrerer (16 %):
Av de 16 % som ikke registrerer i Kvarus oppgis årsakene til manglende registrering å være vansker med integrere Kvarus i sin hverdag (61%), for lite kunnskap om Kvarus (39%), manglende prioritering hos ledelse/ledere (17%), for tidkrevende (28%) og dobbeltarbeid (22%).

Resultatformidling
Registerledelsen har levert ut standardrapporter til virksomheter og enheter på forespørsel. Enkelte virksomheter får månedlige rapporter etter ønske. Standardrapportene er i rapporteringsåret begrenset til basisregistreringer. Standardrapport for målepunktregistreringer er under utvikling og vil kunne tilbys i 2023.

I 2022 ble det holdt ca. 35 presentasjoner av Kvarus og resultater, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Under følger en oversikt over mottakere:

- Enkeltvirksomheter og underenheter
- KORUS Nord, Sør-Øst, Vest, Midt, Sør og Stavanger
- Regionale nettverk i Helse Midt, Nord, Vest og Sør-Øst
- TSB lederkonferanse
- RHF nettverk
- Kvalitetsråd PHBURA, Helse Stavanger
- Styremøte Helse Stavanger
- Regionalt fagleder nettverk
- HOD
- Ledermøter lokalt og regionalt
- Avdelingens dag, Helse Stavanger
- Læringsnettverk

Oppfølging av dekningsgrad etter årsrapport 2021
Etter å ha beregnet dekningsgrad for første gang for 2021 fikk vi reaksjoner fra flere helseforetak som mente dekningsgraden var for lav. Grunnlag for dekningsgrad var primærhenvisninger med rusdiagnoser i TSB. Vi sendte en åpen bestilling til analyseavdelingen og ba de se etter mulige forklaringer. Basert på dialog med

Følsomhet Intern (gul)

analyseavdelingen fikk vi utlevert ny statistikk for primærhenvisninger med rusdiagnoser i TSB, men nå justert for følgende forløp:

1. Korte forløp, inntil 3 døgn
2. Kort tid mellom forløp, under 3 døgn
3. Korte akutte forløp, akutt/øyeblikkelig hjelp og inntil 5 døgn
4. Forløp med inntil 2 konsultasjoner

Tallene viste stor heterogenitet mellom helseforetakene, som igjen påvirket dekningsgraden slik den ble beregnet. Erfaringene fra dette arbeidet tas videre med NPR i dekningsgradsanalysen for 2022.

Jobbet aktivt ut mot forskningsmiljøer
Vi har avholdt møter og diskutert samarbeid med eksterne forskningsmiljøer. Et forskingsprosjekt har oppstart i 2023, se 9.2.

Tettere samarbeid med SKDE
Vi har hatt dialog for å styrke samarbeidet med Fagsenteret for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest. Dialogen har vært knyttet til hvilken rolle Fagsenteret har for Kvarus og hvilken støtte de kan bistå registerledelsen med. Det har blitt gjennomført fysiske møter, og jevnlige møter fremover er avtalt.

Samarbeid med NK-TSB
I tillegg til samarbeid om etablering- og drift om regionale nettverk for register- og kvaruskontakter har NK-TSB deltatt aktivt i implementering og oppfølging av enheter, spesielt i Helse Sør-Øst.

Problemer med teknisk leveranse
Kvarus har fulgt opp feil og mangler i teknisk leveranse.

Dialog Checkware
Etter initiativ fra Checware og Helse Vest IKT ble det vinteren 2022 startet arbeid med integrasjon mot Checkware. Dette er en løsning hvor Kvarus-skjema kan fylles ut i Checkware og registreres både til journal og Kvarus. En slik løsning vil gjøre det lettere å bruke Kvarus klinisk, i tillegg har flere virksomheter trukket frem at de mener det vil være lettere å implementere Kvarus med Checkware-integrasjon.

Kvalitetsindikatorer
I 2022 ble kvalitetsindikatorer diskutert i Fagrådet. For resultatindikatorene livskvalitet og psykisk helse er det behov for sammenlignbar statistikk. Et internt prosjekt ble igangsatt hvor det brukes data fra livskvalitetsundersøkelsen 2022 fra SSB som grunnlag. Når det gjelder psykisk helse er det uklart hvilket tallgrunnlag som skal benyttes. Innspill fra Fagrådet om å bruke resultatvariabler som beskriver pasientens helhetlige situasjon tas med i videre utvikling av kvalitetsindikatorene.

Presentasjon av nasjonale resultater
Kvalitetsindikatorene for 2021 ble publisert på www.kvalitetsregistre.no.

Følsomhet Intern (gul)

Pasientrettede forbedringsområder: Kvinnespesifikke tiltak ARA
I 2022 fikk registerledelsen stimuleringsmidler for utvikling av kvinnespesifikke tiltak i Helse Stavanger. Målsettingen med prosjektet var å utvide grunnlaget for å utvikle kvinnespesifikke behandlingstilbud, ved å analysere og ta i bruk data fra Kvarus registreringene i Helse Stavanger. September 2022 ble læringsnettverket i Helse Stavanger omdannet til en arbeidsgruppe for utvikling av kvinnespesifikke tiltak, med solid lederforankring. Arbeidsgruppen skal bruke analyser fra basis- og målepunktregistreringer i Kvarus til videre planlegging av kvinnespesifikke tiltak, og til å evaluere utviklingen i rekrutteringen til og kvaliteten på slike tilbud.

Registerledelsen har i rapporteringsåret deltatt i læringsnettverket og arbeidsgruppen, hvor kjønnsforskjeller blant pasienter ved oppstart av TSB behandling har blitt presentert. Registerledelsen vil delta i arbeidsgruppen fremover.

Registerfellesskap i Helse Stavanger
I rapporteringsåret ble de etablert et registerfelleskap ved Universitetssykehuset i Stavanger. Etableringen av et slikt felleskap gir rom for utnyttelse av synergier, erfaringsdeling og diskusjon, samt følge prosessen med automatisert datafangst for kvalitetsregisteret for psykisk helse voksne. Deltakere i registerfelleskapet er Kvarus, Kvavop, Frakturregisteret og Parkinsonregister og biobank.

9.2 Tiltak for videre utvikling

Det planlegges for flere tiltak for videre utvikling av Kvarus. De konkrete planene følger av tabellen under, inkludert formål og tidspunkt for gjennomføring. Under tabellen følger nærmere beskrivelse av de ulike tiltakene.

Tabell 48: Tiltak for videre utvikling

Tiltak	Formål	Når
1. Helse Vest turne	Øke tilslutning og dekningsgrad	Q3-Q4
2. Tiltak rettet mot virksomheter	Tilbakerapportering, øke tilslutning og dekningsgrad	Q2-Q4
3. Spørreundersøkelse i virksomheter som ikke registrerer	Grunnlag til utvikling av implementeringstiltak for økt tilslutning og dekningsgrad	Q3
4. Integrasjon Checkware	Øke tilslutning og dekningsgrad, øke klinisk relevans	Q4
5. Styrke arbeidet mot brukerorganisasjonene	Tilbakerapportering, innspill til utvikling	Q2-Q4
6. Gjennomgang av variabler	Lette registreringsbyrde, øke dekningsgrad	Q3
7. Revisjon	Utvikling av Kvarus, lette registreringsbyrde	Q1-Q3

Følsomhet Intern (gul)

8. Dekningsgradsanalyse	Øke kvalitet	Q3
9. Validitet- og reliabilitetsanalyse	Øke kvalitet	2024/2025
10. Kvalitetsindikatorer	Øke kvalitet	2024/2025
11. Resultatformidling	Tilbakerapportering	2024/2025
12. Forskning	Bidra til kunnskapsutvikling	2023 og fremover
13. Rapportering til virksomheter på registreringsaktivitet	Tilbakerapportering	Q1
14. Revidering av nettside	Bedre informasjon til interessenter	Q4
15. Automatisk datafangst	Lette registreringsarbeidet, øke kvalitet, øke dekningsgrad	2024/2025
16. Strategiprosess	Videreutvikling av registeret	Q3
17. Sammensetning Fagråd	Klinisk representasjon	Q3
18. Nasjonalt Kvarus seminar	Øke tilslutning, øke dekningsgrad	Q3

Utdypende beskrivelse av planlagte tiltak

1. Helse Vest turne

På initiativ fra Helse Vest RHF, ved ass. Fagdirektør Panchakulasingam Kandiah, vil Helse Vest RHF, Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest og registerledelsen besøke alle helseforetak i Helse Vest tidlig høst 2023. Bakgrunnen for initiativet er lav dekningsgrad i Helse Vest. Hensikten med møtene er å øke helseforetakenes tilslutning og dekningsgrad betraktelig i løpet av 2023. Det er inngått avtaler om møte med TSB-ledere følgende datoer:

Helse Bergen	16.august 2023
Helse Stavanger	23.august 2023
Helse Fonna	30.august 2023
Helse Førde	Ikke avklart pr 28. juli

Hvert helseforetak vil få presentert en detaljert plan for implementering og økt dekningsgrad for perioden august-desember 2023. Planen inkluderer nødvendige tiltak for forankring i ledelse, samt tiltak for implementering og gjennomføring på enhetsnivå. Tiltak varierer noe for enheter som allerede registrerer og tiltak som skal i gang med registrering. Planen tar utgangspunkt i struktur, organisering og erfaringer fra foretak med gode implementeringsresultater.

2. Tiltak rettet mot virksomheter

Etter 3 års drift, inkludert pandemi, er det i større grad behov for fysiske møter med kliniske

Følsomhet Intern (gul)

miljø som registrerer i Kvarus. Fysiske møter gir muligheter for å styrke samarbeidsrelasjoner med ledelse og behandlere, om utfordringer og behov som den enkelte virksomhet- og enhet møter i implementeringen av Kvarus. Registerledelsen vil høsten 2023 prioritere større helseforetak med flere enheter, hvor det er varierende grad av tilslutning og registreringsaktivitet. Formålet med å starte med større helseforetak er å øke tilslutning og dekningsgrad i foretak som har et høyt antall pasienter i TSB. I første omgang vil Helse Bergen HF (dekkes under tiltak beskrevet i punkt 1), Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), Helse Møre og Romsdal og St. Olavs Hospital HF prioriteres. SKDE skal delta på møtene for å styrke tilknytningen til RHF-ene. Av private stiftelser skal registerledelsen besøke Blå Kors Haugaland for å styrke samarbeid og implementering, ettersom de skal i gang med et forskningsprosjekt som skal bruke Kvarus som datainnsamling.

I tillegg til nevnte helseforetak og private stiftelser er det også andre virksomheter som har behov for tiltak som besøk og tettere oppfølging. Registerledelsen planlegger å kontakte virksomheter som ikke har kommet i gang eller som har lav registreringsaktivitet for å se hva vi kan bistå med for å øke tilslutning og dekningsgrad. Tiltak vil bli vurdert fortløpende i samarbeid med hver enkelt virksomhet, i tillegg til ordinær oppfølging knyttet til drift.

3. Spørreundersøkelse i virksomheter som ikke registrerer

Etter innspill fra Fagrådet planlegges en spørreundersøkelse i virksomheter som ikke er kommet i gang med registrering eller som har få registreringer. Hensikten med en slik undersøkelse er å kartlegge årsaker til at virksomheter og enheter enten ikke har startet implementeringen av Kvarus eller i liten grad registrerer. Kunnskapen er nyttig for videre implementeringstiltak og utvikling av Kvarus.

4. Integrasjon Checkware

Påbegynt arbeid med integrasjon mellom Kvarus og Checkware fortsetter i 2023. En integrasjon med journalsystem vil gi behandlere økt klinisk relevans av registreringene, og vil også kunne øke tilslutning og dekningsgrad. **Dette arbeidet er høyt prioritert av registerledelsen.** Tekniske leverandør, Helse Vest IKT, har bedt om at arbeidet stilles i bero i påvente av endringer i Kvarus (pkt 6 nedenfor). Registerledelsen er sterkt uenig i denne prioriteringen.

5. Styrke arbeidet mot brukerorganisasjonene

Registerledelsen ønsker å styrke samarbeidet med brukerorganisasjoner gjennom jevnlige møter, både for å få innspill og for å gi informasjon.

6. Gjennomgang av variabler

Gjentakende tilbakemeldinger fra kliniske miljø omhandler omfattende omfang av variabler i Kvarus. Kvarus skal nå gjennomgås for å se på hvilke variabler som kan fjernes. Gjennomgangen skal styres av registerformål, og skal gjennomføres i samarbeid med klinikere i ulike helseforetak. En reduksjon i antall variabler vil kunne bidra til å lette registreringsbyrden for klinikere og øke dekningsgrad. **Arbeidet prioriteres høsten 2023.**

7. Revisjon

I løpet av 2022 har Kvarus meldt inn flere endringsønsker til Helse Vest IKT. Forslagene inkluderer tilbakemeldinger og ønsker fra kliniske miljø, samt endringsønsker fra

Følsomhet Intern (gul)

registerledelsen. Arbeidet startet våren 2023, hvor systemleverandør (HEMIT) har avsatt 200 timer til revisjon. De viktigste endringene som vil prioriteres er utvikling av nye PROM skjemaer, automatisk utsending av PROM skjema for 1 års oppfølging, forbedring av varslingsfunksjonalitet, automatisk utfylling av registrator, endret logikk rundt diagnose, reduksjon av antall statuser for behandling, nye felt under henvisning og oppfølging, fjerne behandlingstilbud og endringer under utredning og behandling. I tillegg vil mindre endringer i formuleringer og svaralternativer inkluderes. Endringene settes i produksjon på sensommeren 2023.

8. Dekningsgradsanalyse

Dekningsgradanalyse ble bestilt i desember 2022. NPR hadde planlagt oppstart i mai 2023. Pr. 28. august 2023 er arbeidet ikke påbegynt.

9. Validitets- og reliabilitetsanalyse

Kvarus er i dialog med Helse Midt om et doktorgradsprosjekt om validiteten av Kvarus, med oppstart tidligst i 2024. I prosjektet er det spesielt aktuelt å undersøke validitet mot journal. Kvarus vil i tillegg gjennomføre en validitetsanalyse mot opplysninger fra SSB. Følgende variabler fra basisskjema er aktuelle for slik validitetsanalyse: Utdanning, arbeid og bor med barn. Registerledelsen har ikke begynt å se på detaljer for reliabilitetsanalyse. En utfordring med reliabilitetsanalyse er at variabler til en viss grad er forhånds utfylt for å lette registreringsarbeidet.

10. Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer for 2021 ble besluttet juli 2022, og ble på nytt vurdert i Fagrådet høsten 2022. Det er behov for sammenligningsgrunnlag for resultatindikatorene livskvalitet og psykisk helse, og utrede en resultatindikator på rusmiddelbruk. Påfallende mange enheter scorer lavt på prosessindikatorene for diagnose og kriseplan. Fagrådet skal drøfte om definisjonene bør revideres. Arbeidet med videreutvikling av kvalitetsindikatorer fortsetter i 2023.

11. Resultatformidling

Våren 2022 ble det utarbeidet standardrapporter basert på årgangene 2020 og 2021 til deltakende virksomheter. Standardrapporter har i 2022 blitt utarbeidet etter behov, og i forbindelse med oppfølging og regionale nettverkssamlinger. I rapportene har registreringsaktivitet og resultater fra basisregistrering blitt presentert. I 2023 startet arbeidet med å utvikle standardiserte rapporter også for målepunktregistreringene.

På sikt skal det etableres automatisert rapportering gjennom statistikkportalen Rapporteket. Pr. i dag har ingen registre på MRS tatt i bruk denne løsningen. Det gjenstår teknisk utvikling hos Helse Nord IKT før MRS-registre kan ta i bruk Rapporteket. Når det er på plass vil det fortsatt ta tid å implementere løsningen for Kvarus. I beste fall kan løsningen tas i bruk i løpet av 2024

Tilbakerapportering til pasienter skjer i hovedsak gjennom grafer på pasientsiden, som viser endringer i pasientens sitasjon på utvalgte variabler (punkt 7.3).

Følsomhet Intern (gul)

12. Forskning
Et planlagt forskningsprosjekt på egne data lot seg ikke gjennomføre i 2022 pga. konflikt med PVO om regelverk og hjemler. Registerledelsen har søkt om ny finansiering for 2023 og jobber med en protokollartikkel for Kvarus.

Helse Fonna har fått finansiering til forskningsprosjektet «Tilrettelagt rusbehandling for pasienter med generelle lærevansker» som skal bruke personopplysninger fra Kvarus. Datainnsamling har startet.

13. Rapportering til virksomheter på registreringsaktivitet
For virksomheter som ønsker det skal standardrapporter utleveres jevnlig. Hyppighet avtales med hver enkelt virksomhet.

14. Revidering av nettside
Nettsiden skal revideres i tråd med endringer som følge av revisjonen våren 2023. I tillegg skal også informasjon om registreringsflyten justeres og tilpasset type virksomhet som døgn og poliklinikk. Det planlegges også å utarbeide kort og brukervennlige skriv om hvordan behandlere kan presentere Kvarus for sine pasienter og informasjon om de ulike avslutnings statusene i Kvarus. Dette på bakgrunn av store variasjoner i hvordan Kvarus presenteres i møte med pasientene, og varierende forståelse for når i et behandlingsforløp de ulike avslutningsstatusene i Kvarus skal benyttes.

15. Automatisk datafangst
Kvarus vil jobbe videre for å etablere løsninger for automatisk datafangst. I første rekke ved å fange populasjon og forløp fra NPR. Det vil sikre et minimum av variabler i registeret og gjøre det mulig å sende spørreskjema rett til pasientene. Løsningen er avhengig av at det etableres gode løsninger i MRS og Helsenorge for å informere pasientene. Kvarus samarbeider med kvalitetsregisteret for voksenpsykiatri (Kvavop) som har sammenfallende behov.

16. Strategiprosess
Grunnet vedvarende lav dekningsgrad har registerledelsen utarbeidet en ny strategi som ble diskutert i fagrådet høsten 2022. I strategiprosessen har vi tatt stilling til sentrale veivalg om klinisk nytte, automatisk datafangst og inkrementelle endringer. Basert på tilbakemeldinger fra fagrådet går vi videre med implementasjon i Checkware for å øke klinisk nytte og vil jobbe for å etablere automatisk datafangst. Strategiprosessen ligger til grunn for punktene beskrevet i 9.2

17. Sammensetning fagråd
Sammensetningen ble diskutert på fagrådsmøtet i mai 2023 i forbindelse med at det var fire år siden fagrådet ble opprettet. Ved ny oppnevning høsten 2023 vil Kvarus få aktive klinikere i fagrådet. Sammensetningen av klinikere vil reflektere tverrfagligheten i TSB; sosionom, lege og psykolog. Det er ønskelig at klinkerne i tillegg representerer forskjellige fagmiljø; universitetssykehus, middels stort helseforetak og privat tilbyder.

18. Nasjonalt Kvarus seminar
TSB ledere har et særlig ansvar for å bidra til implementering og økt dekningsgrad, i

Følsomhet Intern (gul)

samarbeid med registerledelsen og annet støtteapparat. Fagsenteret for medisinske kvalitetsregistre, på vegne av Kvarus, avholder den 28.august 2023 et nasjonalt dagsseminar på Radisson Blu Gardemoen. Temaet for dagsseminaret er: *Hvordan kan vi sammen øke dekningsgraden for Kvarus?* Invitasjonen er sendt til alle ledere i TSB, som i tillegg kan ta med seg en person fra egen virksomhet, brukerorganisasjoner og representanter fra SKDE. I tillegg til representanter fra registerledelse og Fagsenteret, vil assisterende fagdirektør i Helse Vest delta.

Seminaret vil bli åpnet av assisterende fagdirektør. Videre vil seminaret inneholde informasjon om fokus og prioriteringer for medisinske kvalitetsregistre, status for Kvarus og veien videre. Helse Stavanger og Helse Midt vil dele sine erfaringer med implementering og hvert foretak skal presentere sin plan for økt dekningsgrad. I programmet er det også satt av god tid til diskusjon.

Følsomhet Intern (gul)

Del III
Stadievurdering

Følsomhet Intern (gul)

Kapittel 10
Referanser til vurdering av stadium

10.1 Vurderingspunkter

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium *Kvarus* og registerets egen evaluering.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering *[2022]* Ja	Nei
	Stadium 2			
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	3, 5.3	✓	□
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	3	✓	□
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	5.2	✓	□
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	7.1, 7.2	✓	□
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	Del II, 9	✓	□
	Stadium 3			
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	5.7	✓	□
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	5.2, 5.4	□	✓
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	7.4	✓	□
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	7.1, 7.2	✓	□
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	3, 6.6	□	✓
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del II, 9	✓	□
	Stadium 4			

Følsomhet Intern (gul)

12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable	5.6, 5.7	□	□
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80% i løpet av siste to år	5.2, 5.4	□	□
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	7.1	□	□
15	Registerets data anvendes vitenskapelig	8.2	□	□
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	3.1	□	□

	Nivå A, B eller C **Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller**		**Ja**
17	**Nivå A** Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret	6.9	□
18	**Nivå B** Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid	6.7, 6.8	□
19	**Nivå C** Oppfyller ikke krav til nivå B		✓

10.2 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

I fjorårets tilbakemelding påpekte ekspertgruppen betydningen av aktive klinikere i fagrådet. Registerledelsen takker for innspillet og vil oppnevne aktive klinikere til fagrådet. Neste oppnevning foretas høsten 2023 med virketid ut første halvår 2027. Sammensetning av klinikere vil reflektere tverrfagligheten i TSB; sosionom, lege og psykolog. Det er ønskelig at klinkerne i tillegg representerer forskjellige fagmiljø; universitetssykehus, middels stort helseforetak og privat tilbyder.

For å kunne vurdere representativitet påpekte ekspertgruppen betydningen av å presentere kvalitetsindikatorer på minimum regionalt nivå, samt legge til egen tabell for nasjonale tall til sammenligning. I årets rapport presenteres kvalitetsindikatorene nasjonalt, i tillegg til per RHF og per virksomhet. Tabellene med kvalitetsindikatorer pr virksomhet og pr

Følsomhet Intern (gul)

opptaksområde inkluderer nå nasjonale tall så det er lettere å sammenligne.

Ekspertgruppen har etterlyst hvilke variabler som skal inngå i validitets- og reliabilitetsanalyser. I årets rapport er beskrivelsen noe utvidet fra 2021. Detaljene er ikke endelig avklart og avhenger bl.a. av tilgang til eksterne data.

Ekspertgruppen etterlyste bibliografi, den følger på neste side.

Følsomhet Intern (gul)

Bibliografi

Bjørnestad, J., McKay, J. R., Berg, H., Moltu, C., & Nesvåg, S. (2020). How often are outcomes other than change in substance use measured? A systematic review of outcome measures in contemporary randomised controlled trials. *Drug and Alcohol Review*, *39*(4), 394-414.

En helhetlig rusmiddelpolitikk. (2011-2012). *Meld. St. 30*. Oslo

Forskrift om medisinske kvalitetsregistre, (2019). https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-06-21-789

Helsedirektoratet. (2016). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet

Helsedirektoratet. (2021). *Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)*. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/rusbehandling

Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive behaviors*, *37*(1), 11-24.

Kvalitet og kvalitetsindikatorer. (2021). *Kvalitet og kvalitetsindikatorer*. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer

Lehman, B. J., David, D. M., & Gruber, J. A. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Social and personality psychology compass*, *11*(8), e12328.

McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, *100*(4), 447-458.

Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforl.

Følsomhet Intern (gul)