

RUS OG PSYKISK HELSE 2024

Oslo Kongressenter
Oslo, 5. - 7. februar



RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Innholdsfortegnelse

Velkommen	side 04	TRYKK HER
Kongressekretariat	side 05	TRYKK HER
Følg forelesningene	side 06	TRYKK HER
Romfordeling – Sesjoner	side 07	TRYKK HER
Program	side 08	TRYKK HER
Program, dag 1	side 08	TRYKK HER
Program, dag 2	side 11	TRYKK HER
Program, dag 3	side 16	TRYKK HER
Deltakerliste	side 18	TRYKK HER
Forelesere	side 00	TRYKK HER
Utstillere	side 27	TRYKK HER
Abstracts	side 30	TRYKK HER
Postere	side	
Bibliografi	Lenke	TRYKK HER



Her finner du riktig rom for ditt seminar

ID	Kongresseminar, mandag 5. februar kl. 16:30 – 18:00	LOKALE
KS-1	Tre arenaer for rus og psykisk helse. Litt mer dypdykk fra forskning og praksis	● Sal A
KS-2	Relasjoner	● Forum
KS-3	Kommunehelsetjenesten	● Sal D
ID	Sesjon A: tirsdag 6. februar kl. 09:00 – 10:00	LOKALE
A-1	Rusmidler og ungdom	● Sal A
A-2	Rus og personlighetsforstyrrelser	● Sal D
A-3	Lavterskeltilbud	● Forum
A-4	Boligutfordringen	● Møterom 1
ID	Sesjon B: tirsdag 6. februar kl. 10:15 – 11:15	LOKALE
B-1	Forskning og utvikling	● Sal D
B-2	Seksuell helse	● Møterom 1
B-3	Pårørendesamarbeid	● Sal A
B-4	Feltarbeid	● Forum
ID	Sesjon C: tirsdag 6. februar kl. 11:30 – 12:15	LOKALE
C-1	Ketaminassistert terapi	● Sal A
C-2	Nettportaler	● Møterom 1
C-3	Forebygging	● Forum
C-4	Motiverende Intervju	● Sal D



Velkommen til kongress

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024, som vi har gitt undertittelen «Fra ord til handling», arrangeres for 12. gang! Denne gang samler kongressen nærmere 300 deltakere fra hele landet.

Takk til deg som deltar første gang, - andre gang eller tredje gang! Kanskje har du deltatt enda flere ganger? I tillegg en takk til dere som fyller parallellsesjonene med dagligdags, viktig fagstoff fra den praktiske virkelighet og forskning som skal forbedre praksis. Parallellsesjonene skal ta pulsen på hva som skjer, både innen praksis og forskning, men ikke minst som læring til de mange tilhørerne i sesjonene. Og møtet mellom forelesere i en sesjon og deltakere er den genuine møteplass for felles interesse. Still spørsmål, -la diskusjonene gå!

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024 er tilrettelagt for alle som arbeider innen ROP-området, -både i kommunehelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten, i DPS-ene, i poliklinikkene, i spesialavdelingene, i fengselshelsetjenesten, innen forskning og utdanning og alle som er involvert på brukersiden. Men også private bidragsyttere som mestringshus, recoverysentre, arbeidstreningsplasser, botreningsplasser og brukerorganisasjoner. Men kongressen retter seg også mot områdene oppvekst, skole, arbeid og bolig. ROP-feltet engasjerer mange fagfolk på den ene siden, og forventningsfulle brukere, pårørende og familier på den andre siden.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024 er møteplassen for gode ideer og kunnskapsformidling. En arena hvor en kan få, men hvor en også bør gi fra seg kunnskap. Kongressen ønsker å gi inspirasjon og entusiasme for å finne nye, gode og varige løsninger på store og små utfordringer.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024 spiller de mange muligheter og det store mangfold som preger et bredspektret ROP-felt. Vi leser det ut fra deltakerlisten; -en rekke virksomhetsområder er samlet til denne, kanskje den eneste Nasjonale tverrfaglige kongress for et samlet rus og psykisk helsefelt. Dette er et av våre mål. Et annet mål er å få flest mulige til å presentere abstrakts i en av de mange parallellsesjonene som var annonsert i kongressinvitasjonen.

Vi oppfordrer allerede nå til å planlegge for en presentasjon i 2026!



Velkommen, og god kongress!

Kongressleder

Jan Bølstad

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Kongressekretariat/Registrering:

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Pb. 1535 Vika, 0117 Oslo

Telefon: 23 11 45 00 / 90 16 30 16

E-post: post@fagligforum.no - Web: www.fagligforum.no

Kongresskomité:

- kongressleder, **Jan Bølstad, Faglig Forum**
- møteleder **Anne-Lise Kristensen**



ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
Bramness	Jørgen G.	Seniorforsker	Folkehelseinstituttet
Hovelsrud	Liv	Studieleder	Høgskolen i Oslo og Akershus
Støvind	Harald	Seniorrådgiver	Akershus universitetssykehus HF
Gråwe	Rolf W.	Professor	NTNU/St. Olavs Hospital HF
Wüsthoff	Linda Elise Couëssurel	Forsker	OUS og SERAF
Fauchald	Kari Anne	Fagansvarlig rus	Oslo kommune, Velferdsetaten
Preteni-Isefjær	Marthe	Enhetsleder	Oslo kommune, bydel Frogner
Hegdahl	Gunn	Sykepleier	Oslo kommune, Helseetaten





Følg forelesningene «live»

Vi har opprettet et eget nettsted for denne kongressen. På dette nettstedet finner du foruten program og deltakerliste, også de fleste presentasjonene. Vårt mål er å legge ut en presentasjon samtidig som foreleser er på scenen, og klarer vi ikke dette hver gang, vil du finne presentasjonen i ettertid. Det betyr at du ideelt sett kan følge foreleserens presentasjoner på ditt nettbrett, smarttelefon eller PC/Mac.

Nettstedet er kun for deg, og du har tilgang til dette fram til 1. juli 2024

Start med å trykke webadressen:

<https://www.fagligforum.no/2023/12/23/rph-2024/>

Beskyttet: RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Dette innholdet er passordbeskyttet. For å vise det, vennligst skriv inn passordet nedenfor:

Passord:

SEND

Passord; 2024-RPh

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter





Oslo, 5. – 7. februar 2024

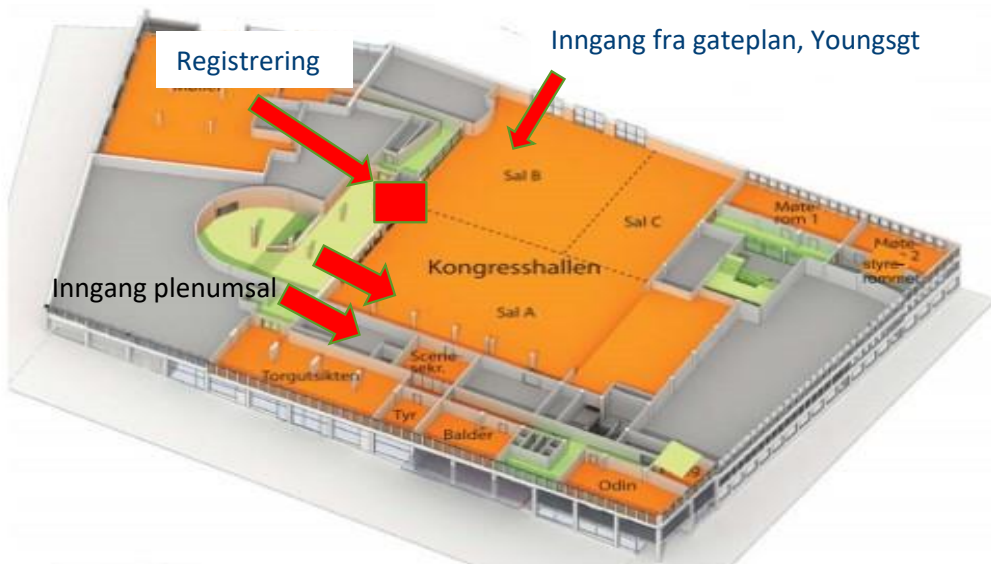


Sesjonsfordeling - Romfordeling

Programmet er organisert med plenums sesjoner, kongresseminar og parallellsesjoner. Kongressens sekretariat og hovedområde er i konferansesentere lobby.

Under kongressen benyttes følgende lokaler (merk farger);

- SAL A:  Finner du ved å gå hovedtrappen opp til 2. etasje. **Alle plenumsforedragene foregår her.**
- SAL D:  På vei opp mot plenumsalen i trappen, på høyre side
- Forum:  1.. etasje, i området ved registreringen
- Møterom 1  Er også i 2. etasje, men du må gå opp fra foajeen på motsatt side ift Sal A



RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



PROGRAM:

Mandag, 5. februar

Kl. 09:00 – 10:45

Registrering - Kaffe - Te – Utstilling

Kl. 10:45 – 11:40

Velkommen til
RUS OG PSYKISK HELSE-2024

Velkommen til Oslo.

Velkommen til Nasjonal kongress om rus og psykisk helse

Åpning ved;

Ordfører Anne Lindbo, (h)

Statssekretær Ellen Rønning-Arnesen (Ap), HOD

Kl. 11:15 – 11:40

«Da vi var yngre»

v/ forfatter Oliver Lovrenski i samtale med Anne-Lise Kristensen

Kl. 11:40 – 12:00

Fagfeltets utfordringer – fremtidens løsninger

v/ forsker Jørgen G. Bramness, Folkehelseinstituttet

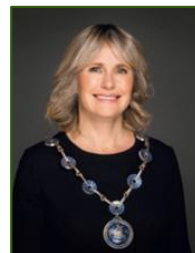
Kl. 12:00 – 12:30

Økonomisk trygghet og helsebringende arbeidsplasser; Hva kan NAV og arbeidsgiver gjøre for mennesker med rus og psykiske helseproblemer,

v/ arbeids- og velferdsdirektør Hans Christian Holte, Arbeids- og velferdsdirektoratet



**Møteleder;
Anne-Lise Kristensen**



RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Kl. 12:30 – 13:30

Lunsj

Kl. 13:30 – 14:00

Behandling av psykiske lidelser med psykedelika - utfordringer og muligheter
v/ **professor Ole Andreassen, NORMENT, Universitetet i Oslo**

Kl. 14:00 – 14:30

Forskningsutfordringer for rus og psykisk helse. Kan vi forebygge?
v/ **konsernsjef Camilla Stoltenberg, NORCE og professor ved Universitetet i Bergen**

Kl. 14:30 – 14:50

Det relasjonelle perspektivet i et likeverdig rus- og psykisk helsearbeid,
v/ **avd. sjef Trond F. Aarre, Helse Førde, Nordfjord psykiatrisenter**

Kl. 14:50 – 15:00

Minglepause

Kl. 15:00 – 16:00

Tre arenaer for rus og psykisk helse.
Tre innspill fra forskning og praksis;

1; Strukturelle, politiske og administrative utfordringer
v/ **rettspsykiater emerita Randi Rosenqvist**

2; Forekomst og utvikling av rus og psykiske lidelser blant innsatte i fengsel,
v/ **seniorforsker Anne Bukten, SERAF, UiO og forsker ved KRUS-Kriminalomsorgens høgskole og utdanningsenter**

3; Sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv
v/ **seniorforsker Inger Lise Skog Hansen, FAFO**

Kl. 16:00 – 16:30

Kaffe/Te Frukt/kake



KONGRESSEMINAR Kl. 16:30 – 18:00

Kongresseminar-1 Tre arenaer for rus og psykisk helse. Litt mer dypdykk fra forskning og praksis;

KS-1-1 kl. 16:30 – 17:00

Strukturelle, politiske og administrative utfordringer

v/ **rettspsykiater emerita Randi Rosenqvist**

KS-1-2 kl. 17:00 – 17:30

Flere uavhengige diagnoser blant pasienter i LAR som soner i fengsel,,

v/**seniorforsker Anne Bukten, SERAF, UiO og forsker ved KRUS-Kriminalomsorgens høgscole og utdanningscenter**

KS-1-3 kl. 17:30 – 18:00

Sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv: Kommunenes utfordringer med å gi forsvarlige tjenester til personer som skrives ut fra psykisk helsevern eller fra sikkerhetspsykiatrien for å gjennomføre tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD),

v/ **seniorforsker Inger Lise Skog Hansen, FAFO**

Kongresseminar -2 Relasjoner

Det relasjonelle perspektivet og relasjonens betydning; Hva er relasjonsarbeid?

Hvordan utføre relasjonsarbeid? - Hvilke rammebetingelser må være til stede?

v/ **avd. sjef og spesialist i psykiatri og i rus- og avhengighetsmedisin Trond F. Aarre, Helse Førde, Nordfjord psykiatrisenter og forskningssjef Marit Helene Hem, NTNU Samfunnsforskning AS**

Kongresseminar -3 Kommunehelsetjenesten

Psykisk helsearbeid i kommunen,

v/ **virksomhetsleder Linda Årnes Gulbrandsen, Lillestrøm kommune**



Tirsdag, 6. februar

PARALLELLESJON A – B – C; Kl. 09:00 – 12:15

Parallell **A**

Kl. 09:00 – 10:00

A-1 *Rusmidler og ungdom*

A-1-1 Kokainbruk blant ungdom og unge voksne, -hva skjer?
v/ forsker Marit Edland-Gryt, Folkehelseinstituttet

A-1-2 Lystgass, -til lyst eller besvær? Rus, virkninger og senskader,
v/ overlege Merete Vevelstad, Oslo universitetssykehus HF

A-2 *Rus og personlighetsforstyrrelser*

A-2-1 Hvordan håndtere de «vanskelige» pasientenes antisosiale personlighet?
**v/ overlege Tore Buer Christensen,
Psykiatrisk avd. Sykehuset Sørlandet HF, Arendal**

A-3 *Lavterskeltilbud*

A-3-1 Støtte på veien til ønsket liv – steg for steg. Hverdagskompetanse og frivillighet,
v/ fagsjef Anders Leinebø, Blå Kors Norge

A-4 *Boligutfordringen*

A-4-1 Ny bolig- og finansieringsløsning for personer med rusproblemer - resultater fra et 3-årig samarbeidsprosjekt mellom kommunen og Husbanken,
v/ Synnøve Birgitte Seljeflot og Magne Ådna, Oslo kommune



- A-4-2 Hvordan etablere og drifte et boligtilbud til de mest utfordrende innbyggerne med rus og atferdsutfordringer?
Resultater og erfaringer etter 4 års drift,
v/ spesialkonsulent Mikal Råheim og seksjonsleder John-John Aaserud, Oslo kommune, Velferdsetaten

Parallell **B**

Kl. 10:15 – 11:15

B-1 *Forskning og utvikling*

- B-1-1 HAB - Evaluering av heroinassistert behandling. Hvordan reagerer pasienter på heroinassistert behandling (HAB),
v/ forsker Lars H.R. Myklebust, Universitetet i Oslo, Institutt. for klinisk medisin, SERAF
- B-1-2 Bønder og Avhengighet. Om bønder og avhengighetsproblematikk – Ruralis,
v/ fagsjef Åse Prestvik, Blå Kors klinikk Lade

B-2 *Seksuell helse*

- B-2-1 Seksualisert rusbruk - fra risiko til meningsfull atferd,
v/ styreleder Andres Lekanger, Chemfriendly

B-3 *Pårørendesamarbeid*

- B-3-1 Implementering av Oslostandard for pårørendesamarbeid.
Godt pårørendesamarbeid er målet!
v/ prosjektleder Kristin Skutle, Helseetaten, Oslo kommune

B-4 *Feltarbeid*

- B-4-1 Rus og psykisk helse i kommunehelsetjenesten,
- utfordringer, samarbeid og teamutvikling,
v/ koordinator for sentrumsarbeidet Ola Svantorp-Tveiten, Oslo kommune, Velferdsetaten med flere.



Parallell C

Kl. 11:30 – 12:15

C-1 Ketaminassistert terapi

C-1-1 Små doser, stor effekt. Om å få livet tilbake!
Ketaminassistert psykoterapi mot depresjon,
**v/avdelingssjef Ingmar Clausen, DPS Nordre Østfold,
Sykehuset Østfold HF**

C-2 Nettportaler

C-2-1 Hekta på kunnskap. Lansering av nettportal om ADHD og samtidige rusproblemer,
v/faglig rådgiver Monika Nordli, ADHD Norge

C-3 Forebygging

C-3-1 Samarbeid på tvers av bydeler i Oslo Vest med fokus på rus- og kriminalforebyggende arbeid blant barn og unge,
v/ SaLTo-koordinator Isabel Ojo Kittilsen-Mühleisen i Bydel Vestre Aker og SaLTo koordinator Isabel Espinoza i Bydel Frogner, Oslo kommune

C-4 Motiverende Intervju

C-4-1 Erfaringer med hvordan samtalemetoden MI kan motivere medarbeidere i endring – endring i form av fagutvikling, omstillinger og annet utviklingsarbeid,
v/ spesialrådgiver Hilde N. Nymoen, Vestre Viken, Klinikk for psykisk helse og rus, FoU-avd.

Kl. 12:15 – 13:30

Lunsj



PLENUMSESJON 2, Kl. 13:30 – 17:45

Kl. 13:30 – 14:30

Hva er en god og verdig ruspolitikk? -- Hva er en ansvarlig alkoholpolitikk?

Hva mangler vi i dagens rusfelt?

- i kommunehelsetjenesten

- i spesialisthelsetjenesten

Hva er en solidarisk og human ruspolitikk?

Innlegg ved:

medl. av Stortingets helse- og omsorgskomite Even Amandus Røed, (Ap)
partileder og stortingsrepresentant Erna Solberg (h)

styreleder Arild Knutsen, Foreningen for human narkotikapolitikk

leder Lars Lien, Den Norske Legeforening/Norsk psykiatrisk forening

Ordstyrer:

Anne-Lise Kristensen

Kl. 14:30 – 15:00

Helsekriser – hva har pandemien lært oss? Om ledelse og beslutninger,
v/ **ass. helsedirektør Espen Rostруп Nakstad, Helsedirektoratet**

Kl. 15:00 – 15:15

Kaffe – Te – Frukt – Kake

Kl. 15:15– 15:35

Er rusutløst psykose en brukbar diagnose?

v/ **forsker Jørgen G Bramness, FHI og**

prosjektleder Eline Borger Rognli, Oslo Universitetssykehus

Kl. 15:35 – 16:05

Aktuelle forskningsprosjekt om psykisk helse og digitalisering

v/ **professor PhD Monika Knudsen Gullslett, Nasjonalt senter for e-helseforskning**

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Kl. 16:15 – 16:45

Lars Ramsli; Fjellet, geværet, vannet

Dette er en kort og intens - og dypt rørende - roman som utspiller seg i løpet av én enkelt dag.

Det er sommeren 1983, Lars er ni år gammel og skal være sammen med faren sin, som han vanligvis ikke bor sammen med. Denne dagen bestemmer faren at de skal opp på fjellet. De går uten vann og nesten uten mat, men med hvert sitt gevær. Flere ganger blir faren borte, før han plutselig dukker opp igjen. Hva er det som skjer?

v/ forfatter Lars Ramsli

Kl. 16:45 – 17:15

Eldre og rus,

v/ overlege Line Tegner Stelander, Universitetssykehuset i Nord Norge, Alderspsykiatrisk seksjon

Kl. 17:15 – 17:45

Nytt fra Helsedirektoratet

v/ avd. direktør Jakob Linhave, Helsedirektoratet

Kl. 20:15

Middag

Clarion The Hub





Onsdag 7. februar

PLENUMSESJON 3, Kl. 09:00 – 13:30

Kl. 09:00 – 09:30

Hva mente vi om pilleskam, og hva lærte vi av diskusjonen i etterkant?

Innlegg og diskusjon ved

*** leder Lars Lien, Den Norske Legeforening/Norsk psykiatrisk forening**

*** president Håkon Kongsrud Skard, Norsk Psykologforening**

Ordstyrer: Anne-Lise Kristensen

Kl. 09:30 – 10:00

Betyr økt "etterspørse!" i Psykisk helsevern økning i psykiske lidelser?

Et samfunnskritisk perspektiv,

v/ professor Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda

Kl. 10:00 – 10:30

Nye rettskilder til forståelse av Psykisk helsevernloven,

v/ professor emeritus Aslak Syse, Universitetet i Oslo

Kl. 10:30 – 11:00

Kravet til forsvarlighet og samspillet mellom personell og ledelse i forståelsen av dette

v/ professor og seniorrådgiver Geir Sverre Braut, Stavanger universitetssjukehus og Høgskulen på Vestlandet

Kl. 11:00 – 11:30

Kaffe – Te – Fukt – Kake

Trekning av premier

Kl. 11:30 – 12:00

Erfaringer med brukerstyrte innleggelse ved Blå Kors klinikk Lade,

v/ fagsjef Åse Prestvik, Blå Kors klinikk Lade

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Kl. 12:00 – 12:20

Hvordan påvirker anabole-androgene steroider (AAS) hjernen, og hvilke mekanismer ligger bak utvikling av avhengighet?

v/ forsker Astrid Bjørnebekk, Oslo universitetssykehus HF

Kl. 12:20 – 12:40

Oppfølging av pasienter med rus-, alvorlig psykisk helseproblematikk og voldsrisiko i kommunene,

v/ psykolog Nina Haarklou og sykepleier Kristin Horten, Oslo kommune, Velferdsetaten, Prindsen mottakssenter

Kl. 12:40 – 13:00

Tiger Campus - det nytter å hjelpe!

v/ leder Jeanette Flagstad, Usynlige tigre

Kl. 13:00 – 13:20

Den digitale tidsalder for rus- og psykisk helsefeltet har startet,

v/ professor og overlege Jan Ivar Røssberg, Universitetet i Oslo og Seksjon for behandlingsforskning (SEB) ved Oslo universitetssykehus HF

Kl. 13:20

Brunch

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



DELTAKERLISTE:

ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
1	Albrigtsen	Dagny	Ass. institusjonssjef	Oslo kommune
2	Alibhai	Zainab	Seksjonsoverlege	Helse Bergen HF
3	Alsø	Ingvild W		Oslo kommune
4	Amante	Debela	Miljøterapeut	Kirkens Bymisjon
5	Andersen	Hege Gaasland		Kirkens Bymisjon
6	Andersen	Mariann	Overlege	Lovisenberg DPS
7	Auestad	Nina	Stipendiat	Oslo kommune
8	Baján-Skog	Szilvia	Folkehelsekontakt	Oslo kommune
9	Bakken	Nina Elisabeth	Miljøterapeut	Oslo kommune
10	Bakken	Toril	Vernepleier	Bærum kommune
11	Berg	Tone Merete	Spesialkonsulent	Oslo kommune
12	Berge	Guri	Spesialsykepleier	Helse Møre og Romsdal
13	Berge	Line	Ruskonsulent	Rakkestad kommune
14	Berge	Tord	Miljøterapeut	Bærum kommune
15	Berger	Henriette J		Oslo kommune
16	Birkeland	Mariann	Enhetsleder	Austevoll kommune
17	Bjelland	Cathrine	Fagkonsulent	Oslo kommune
18	Bjørke	Marta	Institusjonsleder	Oslo kommune
20	Bratberget	Tove Kristin	Institusjonssjef	Oslo kommune
21	Bratli	Tonje	Teamleder	Oslo kommune
22	Breistøl	Gudrun	Brukerrepresentant	Vestre Viken HF
23	Brænde	Stine	Spesialsykepleier	Lovisenberg DPS
24	Baadnes	Inge Johan	Fagutvikler	Molde kommune
25	Clausen	Kristin E. T.	Sykepleier	Kragerø kommune
26	Dahl	Per Kristian	Vernepleier	Bærum kommune
27	Dahl	Therese	Kommunikasjons- rådgiver	ADHD Norge
200	Dale	Mona Straume	Vernepleier	Oslo kommune
28	Danielsen	Karianne	Sosialkonsulent	Oslo kommune
29	Danielsen	Stine Hulaas	Psyk. sykepleier	Bærum kommune
30	Derås	Pil	Teamleder	Oslo kommune

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
31	Downey	Dorthe Pedersen	Institusjonssjef	Oslo kommune
32	Eek	Heidi	Spesialkonsulent	Oslo kommune
202	Eftestøl	Ann Synnøve B.		Kvinesdal kommune
33	Egenæs-Svendsen	Are	Kommunepsykolog	Flekkefjord kommune
34	Eiken	Synnøva	Virksomhetsleder	Ullensvang kommune
35	Elvik	Gry		Oslo kommune
36	Engebreetsen	Kristin Fedje	Avd. leder	Trasoppklinikken
37	Eriksen	Eli		Oslo kommune
38	Erstad	Vibeke A	Tjenesteleder	Alver kommune
39	Fida	Usman		Oslo kommune
19	Finden	Eireen		Ecura bo- og habilitering
19	Finden	Eireen		Ecura
41	Fjeldheim	Ann Kristin	Saksbehandler	Bærum kommune
42	Fjellvang	Karoline		Oslo kommune
43	Fladset	Helen	Avd. leder	Molde kommune
44	Flaathe	Anna Franziska		Oslo kommune
45	Forslund	Morten	Enhetsleder	Helgelandssykehuset HF
46	Fredlund	Ørjan	Leder	Karmøy kommune
47	Friberg	Martin	Ass. seksjonsleder	Oslo kommune
48	Fridfeldt	Beate	Avd. leder	UNN HF
49	Frogner	Berit	Avd. leder	Trasoppklinikken
50	Furskognes	Ann-Karin	Rådgiver	Tromsø kommune
51	Gamst	Espen	Miljøarbeider	Frelsesarmeen
52	Gjersund	Cecilie	Fagleder	Eigersund kommune
53	Gjeruldsen	Iselin	Rådgiver	Frelsesarmeen
54	Gjesdal	Hanne	Teamleder	Helse Bergen HF
255	Glomnes	Jørgen Jahr	Forlagsredaktør	Gyldendal Norsk Forlag
55	Godding	Anna	Sykepleier	Oslo kommune
56	Gomes	Leni	Institusjonssjef	Oslo kommune
57	Gormsen	Pernille	Teamleder	Oslo kommune
58	Grande	Heidi	Redaktør	Gyldendal Akademisk

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
59	Grande	Åshild	Overlege	Diakonhjemmet sykehus
60	Grytdal	Merethe	Avd. leder	Tromsø kommune
61	Guldbrand	Morvarid	Rådgiver	Lier kommune
62	Gustavsen	Nina	Psyk. sykepleier	Ullensaker kommune
178	Hadizadeh	Maryam	Saksbehandler	Oslo kommune
63	Haglund	Eileen	Erfaringskonsulent	Rakkestad kommune
64	Hamid	Noor A		Oslo kommune
65	Hammer	Elin	Verneassistent	Oslo kommune
66	Hammerø	Hege	Avd. leder	Haugesund kommune
67	Hansen	Gun	Institusjonssjef	Oslo kommune
68	Hansen	Henne Nicoline	Virksomhetsleder	Arendal kommune
69	Hansen	Runar	Avd. leder	Lier kommune
70	Hansen	Thomas Vestre	Spesialrådgiver	Helse Sør-Øst RHF
254	Haraldset	Tone		Usynlige tigre
256	Haug	Maria Therese	Ass. institusjonssjef	Oslo kommune
71	Hauge	Morten	Teamleder	Oslo kommune
72	Haugen	Elin	Rådgiver	Haugesund kommune
73	Hauger	Tommy Rasch		Oslo kommune
74	Heggem	Vibecke	Avd. leder	Molde kommune
260	Hegnes	Victoria	Marketing Spec.	Evondos AS
75	Henriksen	Caja	Fagansvarlig	Oslo kommune
76	Henriksen	Mariann	Spesialkonsulent	Oslo kommune
77	Henriksrud	Unni	Sosialfaglig leder	Frelsesarmeen
78	Hoff	Andreas	Spesialkonsulent	Oslo kommune
79	Hoff	Marianne	Saksbehandler	Bærum kommune
80	Holen	Hege Andrea		Oslo kommune
81	Holsæther	Margit		Oslo kommune
82	Holter	Marit	Psyk. sykepleier	Ullensaker kommune
83	Horten	Kristin	Sykepleier	Oslo kommune
84	Hosteland	Gunnar	Miljøterapeut	Oslo kommune
85	Hovde	Erik Sund	Teamleder	Oslo kommune
86	Huemer	Leif	Samhandlingskons	Blå Kors klinikk
87	Huke	Sigrid	Saksbehandler	Bærum kommune

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
88	Hultberg	Dugald Baird	Seksjonssjef	Oslo kommune
89	Hægstad	Gunvor	Miljøterapeut	Oslo kommune
90	Høyekvam	Oddgeir	Generalsekretær	Norsk narkotika-forebyggende forening
91	Hågensen	Ronny	Erfaringskonsulent	Rakkestad kommune
92	Haarklou	Nina	Psykolog	Oslo kommune
93	Håseth	Eldbjørg S	Virksomhetsleder	Frogn kommune
94	Ingebrigtsen	Vibeke	Politi	Forebyggende avsnitt
95	Iqbal	Sidra	Hjelpepleier	Oslo kommune
96	Iversen	Karin	Sosionom	Bærum kommune
97	Jakobsen	Monica Rønning	Fagansvarlig	Alver kommune
98	Jensen	Merete A.	Psyk. sykepleier	Berlevåg kommune
99	Jensen	Øyvind	Institusjonssjef	Oslo kommune
100	Jevari	Tonje	Daglig leder	Foreningen for human narkotikapolitikk
101	Johannesen	Cecilie	Avd. leder	Alver kommune
102	Johansen	Berit W		Oslo kommune
103	Johansen	Randi	Avd. leder	Tromsø kommune
104	Johansen	Renate Ravna	Ass. Institusjonssjef	Oslo kommune
105	Johansen	Sturla	Fagkonsulent	Oslo kommune
106	Jonassen	Marino	Tillitsvalgt	Foreningen for human narkotikapolitikk
107	Jotun	Toril Renate Aa	Psyk. helsearbeider	Lom kommune
108	Juvet	Victoria	Saksbehandler	Bærum kommune
109	Jørgensen	Inger	Enhetsleder	Askøy kommune
110	Kallevik	Even	Org. medarbeider	Foreningen for human narkotikapolitikk
111	Kalvenes	Gro-Anita	Kommunalsjef	Austevoll kommune
112	Karjalainen	Heidi	Fag- og kvalitets-koordinator	Tromsø kommune
113	Karlsen	Beate Louise	Seksjonsleder	Helse Bergen HF
114	Kaur	Kamalpreet	Sykepleier	Oslo kommune
115	Kjærstad	Eivind harald	Daglig leder	Mestringshusene AS

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
117	Kolstad	Marianne B		Kirkens Bymisjon
118	Kongsbakk	Maja	Fag- og kvalitets- rådgiver	CRUX
119	Kristiansen	Anne	Spesialsykepleier	Bærum kommune
120	Krogsæther	Guro B	Teamleder	Oslo kommune
121	Kroken	Aud	Psyk. helsearbeider	Lom kommune
122	Kraakevik	Trude	Avd. leder	Ullensvang kommune
123	Kaarstad	Gry Elisabeth	Psyk. sykepleier	St. Olavs Hospital
124	Lahaug	Åsmund K.		Oslo kommune
125	Lam	Hoang Phuong	Teamleder	Oslo kommune
126	Langnes	Anita	Saksbehandler	Bærum kommune
127	Langaas	Hanne	Teamleder	Oslo kommune
128	Laugen	Beate	Psyk. sykepleier	Ullensaker kommune
129	Laukvik	Morten	Virksomhetsleder	Arendal kommune
130	Lillevik	May Britt		Oslo kommune
131	Linnes	Mona Evelyn		Oslo kommune
132	Linstad	Åse	Fagkonsulent	Oslo kommune
133	Lofthaug	Brita Moen	Sykepleier	Kragerø kommune
134	Lohne	Elin	Ergoterapeut	Bærum kommune
135	Losvik	Magnus	Koordinator	Sykehuset i Vestfold
136	Luong	Suong	Seksjonsleder	Oslo kommune
137	Magnussen	Elin	Fagkonsulent	Oslo kommune
138	Malmberg	Christine	Brukerrepresentant	Vestre Viken HF
139	Martinsen	Kenneth	Miljøterapeut	Oslo kommune
140	Meier	Jannikie	Koordinator	Sykehuset i Vestfold
141	Meiland	Tone	Institusjonssjef	Oslo kommune
146	Melhus	Susann Fuglestad	Teamkoordinator	Oslo kommune
142	Moen	Eldfride Emilia	Behandler	Vestvågøy kommune
143	Mollan	Jan Helge	Psyk. sykepleier	Ullensaker kommune
144	Mortensen	Maria	Avd. leder	Flekkefjord kommune
145	Mouritzen	Izabella		Oslo kommune
146	Mundal	Gro-Anita	Avd. leder	Molde kommune

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
147	Myrhaug	Linda Marie	Fagkonsulent	Oslo kommune
148	Myrmel	Jannic Isaksen	Fagansvarlig	Alver kommune
149	Myrseth	Tina	Forløpskoordinator	Blå Kors klinikk Lade
150	Måsvær	Nina	Markedssjef	Dne pharma
151	Nadarajah	Nimalan		Oslo kommune
152	Nagy	Tove	Avd. leder	Flekkefjord kommune
153	Naug	Oda Woll	Stipendiat	Univ. i Sør Øst Norge
154	Nedberg	Ann Sissel M.	Enhetsleder	Molde kommune
155	Nesheim	Nina Iren	Avd. leder	Ullensvang kommune
156	Ness	Marie	Miljøterapeut	Kirkens Bymisjon
157	Netland	Therese	Virksomhetsleder	Kvinesdal kommune
158	Nielsen	Bo Mark	Ass. institusjonssjef	Oslo kommune
159	Nilsen	Ivana	Sykepleier	Oslo kommune
160	Nordbye	Kåre	Kommunepsykolog	Aurskog-Høland kommune
161	Nordli	Monika	Faglig rådgiver	ADHD Norge
162	Norkyn	Kai Ove	Spesialrådgiver	KORUS Øst
163	Nunes	Anna		Oslo kommune
164	Nygård	Kristian T	Rådgiver	Frelsesarmeen
165	Nystad	Tone Hestmo	Avd. leder	Blå Kors klinikk Lade
166	Nysveen	Gjermund	Psykologspesialist	Gjermund Nysveen AS
167	Olafsen	Marthe Dahl		Oslo kommune
179	Olbergsveen	Marthe	Ruskonsulent	Oslo kommune
168	Olsen	Anette Trondal	Kommunalsjef	Frogn kommune
169	Olsvik	Andre		Mestringshusene AS
170	Olsvik	Olav	Adm. direktør	Mestringshusene AS
253	Omar	Ayan	Sykepleier	Bærum kommune
171	Onshuus	Felicia Sophia		Oslo kommune
172	Oppheim	Linda Monsen	Sykepleier	Helse Bergen HF
173	Opsand	Vibecke	Saksbehandler	Bærum kommune
174	Paulsen	Espen	Institusjonssjef	Oslo kommune
175	Pedersen	Øivind	Enhetsleder	Tromsø kommune
176	Pettersen	Thomas		Oslo kommune

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
177	Philblad	Kristina	Fagkonsulent	CRUX
181	Punsvik	Johanne	Seniorrådgiver	UNN HF
182	Rake	Arnhild	Teamleder	Oslo kommune
183	Ramfjord	Christine	Fagutvikler	Bærum kommune
184	Ramstad	Berit	Institusjonssjef	Oslo kommune
185	Ransau	Elin		Oslo kommune
186	Rasmussen	Annette Dreier	Fagleder	Signo C Svendsen senter
187	Redondo- Cornier	Virginia	Teamleder	Oslo kommune
252	Reinås	Knut	Redaktør	FMR
188	Rikstad	Marianne	Avd. leder	Alver kommune
257	Ringås	Tore Bjørn	Klinikk-koordinator	Friskstiftelsen
189	Røed	Åshild	Psyk. sykepleier	Ullensaker kommune
190	Rømmen	Gøran Bekkevold	Psyk. sykepleier	St. Olavs Hospital HF
191	Røsandnes	Rakel Malene		Oslo kommune
192	Røst	Elin	Psyk. sykepleier	Bærum kommune
193	Råheim	Mikal	Spesialkonsulent	Oslo kommune
194	Sandmo	Tom	Ruskonsulent	Oslo kommune
195	Sandsberg	Jon Aasmund	Avd. sjef	Sykehuset Østfold HF
196	Sharif	Shamraiz		Oslo kommune
197	Sjo	Tor-Magnar	Koordinator	Haugesund kommune
198	Skalleberg	Carl Thomas	Virksomhetsleder	Lier kommune
199	Skar	Britt Nysveen	Fagkonsulent	Fossumkollektivet
201	Skjalmar	Geir	Miljøarbeider	Frelsesarmeen
203	Sloth	Jonas	Miljøarbeider	Frelsesarmeen
204	Smestad	Kathrine	Avd. leder	Trasopklinikken
205	Smidesang	Sigri	Terapeut	Ecura bo- og habilitering
206	Sohlberg	Sven Thomas		Oslo kommune
207	Stanes	Vibeke	Fagkonsulent	Oslo kommune
208	Steinsvåg	Tone B.	Helsesjef	Haugesund kommune
209	Stokkendal	Lill	Spesialvernepleier	Bærum kommune
210	Storseth	Ingvild	Sosionom	Bærum kommune

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
211	Strandvik	Lise	Psyk. sykepleier	St. Olavs Hospital HF
212	Straum	Kathrine	Virksomhetsleder	Haugesund kommune
213	Strømmland	Britt Monika	Enhetsleder	Flekkefjord kommune
214	Sture	Ine	Avd. leder	Askøy kommune
215	Sundt	Rune	Oppl- konsulent	Fossumkollektivet
216	Svagård	Tron Magnar	Fagansv. overlege	Mestringshusene AS
217	Svestad	Håvard Åmot	Avd. leder	Lom kommune
218	Sveum	Hanne	Seksjonsleder	Signo C Svendsen senter
219	Sæbø	Synnøva	Virksomhetsleder	Ullensvang kommune
220	Sørhage	Tomas	Psyk. helsearbeider	Lom kommune
221	Taksdal	Arnchild	Seniorrådgiver	Kirkens Bymisjon
222	Teigene	Jenny	Produktsjef	Dne pharma
223	Thorsen	Otto	Helsefagarbeider	Sykehuset i Vestfold
224	Tinev	Vanja Strand	Terapeut	Ecura bo- og habilitering
225	Torgersen	Arild		I All Enkelhet Formidling
226	Torjussen	Yngvar	Klinikkoverlege	Blå Kors klinikk Skien
227	Torsteinsen	John Erik	Miljøterapeut	Kirkens Bymisjon
228	Tryggestad	Marianne	Institusjonssjef	Oslo kommune
229	Tryggstad	Jon Kristian	Behandler	Vestvågøy kommune
230	Tvedt	Mette	Avd. leder	Askøy kommune
231	Tveite	Monica		Oslo kommune
232	Urdshals	Solrunn	Enhetsleder	Nærøysund kommune
233	Vidringstad	Terese	Avd. leder	Kvinesdal kommune
234	Waibel	Janine	Miljøterapeut	Kirkens Bymisjon
235	Weinholdt	Thomas	Seniorrådgiver	Nasj. Senter for erfaringskompetanse
236	Wiborg	Lise	Teamleder	Helse Møre og Romsdal
237	Wiggen	Tonje Glasø	Seksjonssjef	Oslo kommune
238	Willix	Peter Stengel		Oslo kommune
239	Wisting	Cecilie	Sykepleier	Oslo kommune
240	Wivestad	Anders	Seksjonsleder	Sykehuset i Vestfold
241	Yttvold	Anita	Ruskonsulent	Austevoll kommune
242	Ørbeck	Kjetil	Direktør	Ecura

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
261	Ørbæk	Astrid	Kommunikasjonsrådgiver	Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan
243	Østerhaug	Else		Oslo kommune
258	Øverby	Knut Erik	Spesialsykepleier	Friskstiftelsen
244	Øverjordet	Lisbeth	Seniorrådgiver	POBO
245	Åfløy	Kristian S	Ass. institusjonssjef	Oslo kommune
246	Aanvik	Chris	Boleder	Mogreina bofellenskap
247	Årseth	Marita Ulriksen	Avd. leder	Alver kommune
248	Aas	Merete B Aas		Oslo kommune
249	Aasen	Elin	Fagkonsulent	Oslo kommune
250	Aasen	Ola Håvard	Psyk. sykepleier	St. Olavs Hospital HF
251	Åsheim	Vidar	Virksomhetsleder	Arendal kommune

INVITERTE FORELESERE:

ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
301	Rønning-Arnesen	Ellen	Statssekretær	HOD
302	Andreassen	Ole	Professor	NORMENT - UiO
303	Bjørnebekk	Astrid	Forsker	OUS
304	Bramness	Jørgen G.	Forsker	FHI
305	Braut	Geir Sverre	Professor	HVL
306	Bukten	Anne	Seniorforsker	SERAF
307	Ekeland	Tor-Johan	Professor	Høgskulen i Volda
308	Gullsett	Monika Knutsen	Professor	Nasj. senter for e-helseforskning
309	Hansen	Inger Lise Skog	Seniorforsker	FAFO
310	Holte	Hans Christian	Direktør	Arbeids- og velferdsdir.
311	Horten	Kristin	Sykepleier	Oslo kommune
312	Haarklou	Nina	Psykolog	Oslo kommune
313	Jeanette	Flagstad	Leder	Usynlige tigre
314	Knutsen	Arild	Styreleder	FHI

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



ID	ETTERNAVN	FORNAVN	TITTEL	ARBEIDSSTED
315	Lien	Lars	Leder	Legeforeningen
316	Linhave	Jakob	Avd. dir.	Helsedirektoratet
317	Lovrenski	Oliver	Forfatter	
318	Nakstad	Espen Rostrup	Ass. helsedir	Helsedirektoratet
319	Prestvik	Åse	Fagsjef	Blå Kors Lade
320	Ramslie	Lars	Forfatter	
321	Rognli	Eline Borger	Prosjektleder	OUS
322	Rosenqvist	Randi	Rettspsykiater	
323	Røed	Even Amandus	Politiker	Arbeiderpartiet
324	Røssberg	Jan Ivar	Professor	UiO
325	Skard	Håkon Kongsrud	President	Norsk Psykologfor.
326	Solberg	Erna	Partileder	Høyre
327	Stelander	Line Tegner	Overlege	UNN
328	Stoltenberg	Camilla	Konserndir.	NORSE
329	Syse	Aslak	Professor	UiO
330	Aarre	Trond F.	Avd. sjef	Helse Førde HF

KONGRESSKOMITE:

ID	ETTERNAVN	FORNAVN	FUNKSJON
401	Bølstad	Jan	Kongressleder
402	Kristiansen	Anne-Lise	Møteleder
403	Bramness	Jørgen	Komitémedlem
404	Fauchald	Kari Anne	Komitémedlem
405	Gråwe	Rolf W.	Komitémedlem
406	Hegdahl	Gunn	Komitémedlem
407	Hovelsrud	Liv	Komitémedlem
408	Preteni-Isefjær	Marthe	Komitémedlem
409	Støvind	Harald	Komitémedlem
410	Wüsthoff	Linda Elise Couëssurel	Komitémedlem



UTSTILLERE:

ID	FIRMA	ETTERNAVN	FORNAVN
501	Carasent	Haugvik	Ingrid
502	Extensor	Johansen	Børge
503	Pearson	Osiak	Ludwika
504	Evondos	Hegnes	Victoria



[LES MER HER](#)



[LES MER HER](#)



[LES MER HER](#)

[OPPSLAG HER](#)



[LES MER HER](#)



ABSTRACTS:

Mandag, 5. februar. – Plenum-1

Kl. 11:00

Velkommen til kongress,
v/ kongressleder Jan Bølstad

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024, som vi har gitt undertittelen «Fra ord til handling», arrangeres for 12. gang! Denne gang samler kongressen nærmere 300 deltakere fra hele landet.

Takk til deg som deltar første gang, - andre gang eller tredje gang! Kanskje har du deltatt enda flere ganger? I tillegg en takk til dere som fyller parallellsesjonene med dagligdags, viktig fagstoff fra den praktiske virkelighet og forskning som skal forbedre praksis. Parallellsesjonene skal ta pulsen på hva som skjer, både innen praksis og forskning, men ikke minst som læring til de mange tilhørerne i sesjonene. Og møtet mellom forelesere i en sesjon og deltakere er den genuine møteplass for felles interesse. Still spørsmål, -la diskusjonene gå!

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024 er tilrettelagt for alle som arbeider innen ROP-området, -både i kommunehelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten, i DPS-ene, i poliklinikkene, i spesialavdelingene, i fengselshelsetjenesten, innen forskning og utdanning og alle som er involvert på brukersiden. Men også private bidragsytere som mestringshus, recoverysentre, arbeidstreningplasser, botrenings-plasser og brukerorganisasjoner. Men kongressen retter seg også mot områdene oppvekst, skole, arbeid og bolig.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



ROP-feltet engasjerer mange fagfolk på den ene siden, og forventningsfulle brukere, pårørende og familier på den andre siden.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024 er møteplassen for gode ideer og kunnskapsformidling. En arena hvor en kan få, men hvor en også bør gi fra seg kunnskap. Kongressen ønsker å gi inspirasjon og entusiasme for å finne nye, gode og varige løsninger på store og små utfordringer.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024 speiler de mange muligheter og det store mangfold som preger et bredspektret ROP-felt. Vi leser det ut fra deltakerlisten; -en rekke virksomhetsområder er samlet til denne, kanskje den eneste Nasjonale tverrfaglige kongress for et samlet rus og psykisk helsefelt. Dette er et av våre mål. Et annet mål er å få flest mulige til å presentere abstrakts i en av de mange parallellsesjonene som var annonsert i kongressinvitasjonen.

Vi oppfordrer allerede nå til å planlegge for en presentasjon i 2026!

Faglig Forum arrangerte den første Nasjonale landskonferansen om psykisk helse i 1988. Den første kongressen Rus og Psykisk helse ble arrangert i 2002 på Gardermoen, med blant annet Eva Joly som en av hovedforeleserne.

I 1992 ble det første «Geilo-kurset» arrangert. Et firedagerskurs med tema primært knyttet opp mot kommunehelsetjenesten.

Det var noe av historien frem til vi står her i dag, 5. februar 2024, ganske nøyaktig 30 år etter olympiaden på Lillehammer!

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Mandag, 5. februar. – Plenum-1

Kl. 11:15 – 11:40

«Da vi var yngre»

v/ forfatter Oliver Lovrenski

i samtale med Anne-Lise Kristensen



Oliver Lovrenski (f. 2003) har kroatisk bakgrunn og har vokst opp i Oslo. Det siste året har han skrevet oppvekstromanen *Da vi var yngre*. For denne boka er han tildelt Bokhandlerprisen, og var nominert til Brageprisen. Hittil er *Da vi var yngre* solgt til 14 land.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Da vi var yngre er en fortelling om vennskap, sorg, rus og overlevelse i dagens Oslo. Det er et sjeldent innblikk i et røft miljø, og en intens og rå oppvekstroman fortalt med varme og humor.

Fra scenen forteller Lovrenski om boka, sin motivasjon og sine erfaringer. Han sier: «*Suksessen venter ikke på deg. For hver dag du sløser, hver dag du ikke når potensialet ditt, taper du, familien din, arbeidsgiveren din, og landet ditt. Vi er ikke her for å drive med strømmen, for å bare eksistere. Vi er her for å vinne*»



Mandag, 5. februar. – Plenum-1

Kl. 11:40 – 12:00

Fagfeltets utfordringer – fremtidens løsninger v/ forsker **Jørgen G. Bramness, FHI**



Vi som jobber innen behandling av rusmiddelproblemer og psykisk helse har krevende jobber, hvor det skjer ganske mye hele tiden. Vi kan føle oss usikre på både hva vi gjør og hva som skjer framover. I denne åpningsforelesningen trekkes det fram noen dilemmaer fra dagens situasjon som vil prege hverdagen vår framover. Unge rapporterer forverring av psykisk helse, behandlingsskapiteten er under press, det er vanskelig å rekruttere fagfolk og vi ser stadig nye rusmiddelproblemer. Men nye tilnærminger til behandling og organisering kan kanskje være med å løse noen av utfordringene?

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Mandag, 5. februar. – Plenum-1

Kl. 12:00 – 12:30

Økonomisk trygghet og helsebringende arbeidsplasser; Hva kan NAV og arbeidsgiver gjøre for mennesker med rus og psykiske helseproblemer, **v/ arbeids- og velferdsdirektør Hans Christian Holte, Arbeids- og velferdsdirektoratet**





Mandag, 5. februar. – Plenum-1

Kl. 13:30 – 14:00

Behandling av psykiske lidelser med psykedelika - utfordringer og muligheter

v/ professor Ole Andreassen, NORMENT, Universitetet i Oslo



Ketamin er et nytt lovende behandlingsalternativ ved alvorlig depresjon, hvor mange pasienter ikke oppnår ønsket effekt av dagens behandlinger. Ketamin brukes idag som anestesimiddel og i smertebehandling, men intravenøs ketamin i lavere doser har rask effekt på depresjon. Det er bred vitenskapelig evidens for effekt, men fremdeles er det noe mangelfull kunnskap om bivirkninger og varighet av effekt. Det er stor interesse for behandlingen i befolkningen, og forskere ser mulighet til å forstå mekanismene for depresjon. Fremdeles er ikke denne behandlingen tilgjengelig i offentlige helsevesen, og nye kliniske studier er nødvendige i Norge.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Mandag, 5. februar. – Plenum-1

Kl. 14:00 – 14:30

Forskningsutfordringer for rus og psykisk helse.

Kan vi forebygge?

v/ konsernsjef Camilla Stoltenberg, NORCE og professor ved Universitetet i Bergen





Mandag, 5. februar. – Plenum-1

Kl. 14:30 – 14:50

Det relasjonelle perspektivet i et likeverdig rus- og psykisk helsearbeid,

v/ avd. sjef Trond F. Aarre, Helse Førde, Nordfjord psykiatrisenter



Relasjonens betydning
i rus- og psykisk helsearbeid

Førellesinga presenterer det vitenskaplege grunnlaget for å påstå at kontekstuelle og relasjonelle tilhøve i vid forstand forklårer det meste av betringa me ser i rus- og psykisk helsearbeid.

Metaanalysar av randomiserte og kontrollerte studiar av psykofarmaka viser oss at skilnadene i effekt mellom placebogruppene og medikamentgruppene som oftast er små. Dette tyder på at dei uspesifikke sidene ved behandlinga er meir effektive enn molekylet. Dei uspesifikke sidene av behandlinga er kontekstuelle og skriv seg frå dels at ein går i behandling, likegyldig kva form for behandling det dreier seg om, og dels relasjonelle sider ved den aktuelle behandlinga ein får. Metaanalysar av studiar på nevroleptika tyder på at molekylet i seg sjølv neppe står for meir enn om lag 40 % av betringa ein ser i behandling av personar med schizofreni. Resten av betringa vert tilskriven dei kontekstuelle faktorane.

Det same biletet ser me i psykoterapiforskinga. Psykoterapi har god effekt, men det er ikkje vesentlege skilnader i effekt mellom ulike psykoterapiformer. Det ser heller ikkje ut til at effekten av psykoterapi er avhengig av dei «spesifikke» ingrediensane i dei ulike terapiformene.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Med tida har det blitt stadig vanskelegare å finne skilnader i effekt mellom intervensjonsgrupper og kontrollgrupper. Dette gjeld både for psykoterapi- og medikamentstudiar. Forklaringa på dette er truleg at kontrollgruppene får meir truverdige, og dermed effektive, behandling. Denne behandlinga er – per definisjon- uspesifikk og kontekstuell i sin natur.

Oppsummert forskning på effekten av medikament og psykoterapi gjer at det ikkje lenger er råd å tru at dei såkalla «spesifikke» ingrediensane i behandlinga er spesielt effektive. Når dei relasjonelle tilhøva er viktigast for behandlingresultatet, bør det få konsekvensar for korleis me organiserer tenestene, tenkjer om problema me skal løyse og korleis me utdannar og rettleiar dei tilsette.

Mandag, 5. februar. – Plenum-1

Kl. 15:00 – 15:20

Strukturelle, politiske og administrative
utfordringer

v/ rettspsykiater emerita Randi Rosenqvist



Tema blir behandlet kort i plenumsinnlegget og utdypet i parallellsesjon

Hvorfor har vi to uavhengige spesialiteter, TSB og psykiatri?

- En stor del av pasienter med alvorlig sinnslidelse har også rusproblemer
- De aller fleste med rusproblemer har også diagnostiserbar psyk. lidelse.

Fikk vi TSB i 2012 fordi psykiatrien ikke ønsket å forholde seg til rus?

Begge omsorger bygger på pasientautonomi og har pasienter som ikke evner å leve et autonomt liv. Er paternalisme helt ute av helsevokabularet?

Har en person med omfattende abstinenser samtykke-kompetanse?

Er det billiger (på kort sikt) at pasienten skal samtykke til behandling, noe han ofte ikke gjør?

Helseforetakene forventer at pasientforløp skal være kostnadseffektivt for HF'et? Hva er samfunnsmessig kostnadseffektivt?

Er samfunnet villig til å legge restriksjoner på de «farlige», men ikke på de som ødelegger kun sine egne liv?

Rusomsorgen er gått fra kun kommunale tjenester (med institusjoner) til også spesialisthelsetjenesten, men med få senger

Psykiatrisk omsorg er gått fra spesialisthelsetjenesten (med stadig færre senger) til kommunal omsorg, i mange varianter

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Mandag, 5. februar. – Plenum-1

Kl. 15:20 – 15:40

Forekomst og utvikling av rus og psykiske lidelser
blant innsatte i fengsel,
**v/seniorforsker Anne Bukten, SERAF, UiO og
forsker ved KRUS-Kriminalomsorgens høgskole og
utdanningscenter**



Mandag, 5. februar. – Plenum-1

Kl. 15:40 – 16:00

Sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv v/ seniorforsker Inger Lise Skog Hansen, FAFO



Dette innlegget er basert på forskningsrapporten «I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv». Dette er en Fafo-rapport utarbeidet på oppdrag fra KS, og finnes fritt tilgjengelig her: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/i-grenseland-samfunnsvern-og-sikkerhetspsykiatri-i-et-kommunalt-perspektiv>

Rapporten handler om kommunes erfaringer med å ivareta bo- og tjenestetilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse, mange med samtidig rusproblemer, og hvor det er en kjent forhøyet voldsrisiko. Det er særlig fokus på personer som skrives ut fra psykisk helsevern / sikkerhetspsykiatrien for gjennomføring av tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD), og hvor hensyn til samfunnsvern står sentralt. Dette inkluderer både personer dømt og sivilrettslig vurdert til tvunget psykisk helsevern, og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko.

Forskningsprosjektet inkluderte casestudier i seks kommuner, og en spørreundersøkelse til et utvalg kommuner. Spørreundersøkelsen ble sent til 69 kommuner og 10 bydeler i Oslo. Det kom inn svar fra 34 kommuner og 8 bydeler, det vil si en svarprosent på 53. Svar fra kommuner og bydeler presenteres sammen, og de til sammen 42 kommuner og bydeler omtales som «kommunene».

Her er et utdrag fra rapportens sammendrag om overordnede resultatene fra studien (Hansen mfl. 2023, s. 6-9):



«Rapporten viser at kommunene gir tjenester til en sammensatt gruppe brukere med alvorlig psykisk lidelser, ofte samtidige rusproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. Ulike tjenesteområder i kommunen er involvert i oppfølging av målgruppa, og personene det er snakk om befinner seg ofte i et grenseland mellom kommunens tjenesteansvar og spesialisthelsetjenesten. Lov om psykisk helsevern gir spesialisthelsetjenesten ansvar for utredning og behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse, og forvalter tvangshjemler på området. Kommunen har ansvar for bo- og tjenestetilbud forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men kommunale tjenester er basert på at innbyggerne frivillige ønsker å motta dem. Rapporten viser at kommuner og spesialisthelsetjenesten ofte kan ha ulike forståelser og vurderinger av pasienters behov, og begrenset kjennskap til hverandres kontekst og rammer. Det kan være krevende å agere i dette grenselandet, hvor det kan være uenighet både om pasientens situasjon og behov, hva som er et egnet og godt tilbud, og hvem som har ansvar for å gi nødvendige tjenester, behandling og oppfølging. Begrenset døgnkapasitet i psykisk helsevern skaper press på utskrivning av pasienter og høyere terskel for innleggelse.

Antall i målgruppen

29 av 42 kommuner oppgir at de har personer i kategorien dømt til tvunget psykisk helsevern, 10 har ikke og 3 vet ikke. Ingen av de minste kommunene i utvalget har brukere i denne kategorien. 36 av kommunene oppgir at de har personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko utskrevet til TUD, 4 har ikke og 1 vet ikke. Nesten alle i denne gruppen oppgis å ha samtidige rusproblemer. Kartleggingen viser at det kommunale utfordringsbildet når det gjelder ivaretagelse av personer med psykisk lidelse, rus og forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko er betydelig mer omfattende enn de to definerte kategoriene det er særlig oppmerksomhet i prosjektet.



Totalt oppgir kommunene i utvalget 134 personer dømt til tvunget psykisk helsevern og 368 med forhøyet voldsrisiko utskrevet til TUD. Kartleggingen gir ikke grunnlag for å gi konkrete tall på hvor mange i målgruppen kommunene følger opp. Det er stor variasjon mellom kommunene.

Kommunene oppgir at det er særlig krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til personer med sammensatte problemer. Mange i målgruppen vurderes å ha samtidige rusproblemer. I tillegg er det brukere med samtidig lav kognitiv fungering, eller andre helserelaterte og sosiale problemer. Et særlig forhold er at det er flere brukere som ikke ønsker hjelp og unndrar seg tjenester og oppfølging.

Det kommunale bo- og tjenestetilbudet

Muligheten for å tilrettelegge for egnede bo- og tjenestetilbud kan påvirkes både av kommunestørrelse og av hvor utviklet tilbudet er i kommunen. Det er store variasjoner i bo- og tjenestetilbudet mellom kommunene. I mange kommuner er ordinære kommunale utleieboliger det som primært anvendes til målgruppen, mens andre også har samlokaliserte boliger og bofellesskap. Behovet for tett oppfølging er en driver for etablering av samlokaliserte boliger og bofellesskap. Mange oppgir å ha personale i døgnturnus i personalbaser tilknyttet bofellesskap eller samlokaliserte boliger. Mange har ambulante oppfølgingsteam innen psykisk helse og rus, tilgjengelig innenfor ordinær arbeidstid. Det etterlyses mer ressurser til tett oppfølging og tjenester som er tilgjengelig utover ordinær arbeidstid. For en liten gruppe brukere vurderes det å være behov for botilbud med heldøgnbemanning. Mange etterlyser bedre tilgang til ambulante behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Ulike hensyn skaper utfordringer når det gjelder botilbud for målgruppen. Det handler om lokalisering, hensyn til naboer og lokalsamfunn, tilgang til



personale og tilpasning av bygg for å ivareta hensyn til sikkerhet og å forebygge ødeleggelser.

28 av 42 kommuner kjøper plasser i private bo-, behandlings-, eller omsorgstilbud til brukere målgruppen. 10 av 29 kommuner som har brukere dømt til tvunget psykisk helsevern kjøper eksterne plasser. Det er flere årsaker til dette, som at kommunen ikke kan følge opp spesialisthelsetjenestens beskrivelser av behov for boliger med heldøgnbemanning, tiltak for begrensninger i pasientens livsførsel, ruskontroll og overvåkning.

Voldsrisikovurdering- og håndtering

Det er variasjon i hvor stor oppmerksomhet det er om voldsrisikovurdering- og håndtering i kommunene. Det er utbredt med noen type tiltak, men det varierer i hvilken grad det er etablert systematiske tiltak for kompetanse hos ansatte i tjenestene. Det er også svært varierende tilgang til voldsrisikovurderinger fra spesialisthelsetjenesten når personer i målgruppen meldes utskrivningsklar. Over halvparten erfarer at det ikke innhentes informasjon om brukerens fungering i bo- og nærmiljø ved gjennomføring av voldsrisikovurderinger.

De fleste kommunene sier at de foretar en eller annen form for strukturerte voldsrisikovurderinger, og det mest utbredte er ROS-analyser.

37 av 42, sier i spørreundersøkelsen at de har ansatte med kompetanse i voldsrisikohåndtering og møte med aggresjon og trusler. Halvparten av kommunene har ansatte med videreutdanning eller kurs i voldsrisikovurdering og håndtering.

Kommunene har i svært begrenset grad fysiske hjelpemidler eller statiske tiltak for å ivareta hensyn til sikkerhet for ansatte, brukere og nabolag. Det



tiltaket flest kommuner har er alarmer for ansatte i bofellesskap eller andre typer av botilbud. Om lag halvparten av kommunene har dette.

Når det gjelder den spesifikke målgruppen for undersøkelsen, svarer 25 av 42 kommuner at de opplever god tilgang til bistand fra politiet under episoder med utagering og økt fare for vold.

Samarbeid spesialisthelsetjenesten

Behandlingstilbud, prioriteringer og praksis for samarbeid med kommunene varierer mellom ulike helseforetak.

De fleste kommuner har tilgang til noen former for ambulante behandlingstilbud, men det er variasjon i kapasitet og tilgjengelighet til disse tilbudene. 3 av 42 kommuner oppgir tilgang til spesialiserte behandlingsteam for personer med alvorlig psykisk lidelse og sikkerhetsproblematikk.

Det er generelt stor variasjon i kommunenes erfaring med samarbeidet ved utskrivelse. Litt mer enn en tredel av kommunene i utvalget vurderer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som godt ved utskrivelse av personer i målgruppa.

De fleste kommunene oppgir at de har vært uenige i spesialisthelsetjenestens vurdering av hvorvidt en pasient i målgruppa er utskrivningsklar. Uenigheten går primært på vurdering av pasientens funksjonsnivå. Det gjelder spørsmål om pasienten er ferdig behandlet og utskrivningsklar når det beskrives behov for heldøgntjenester, begrensning i tilgang til rus, utgangskontoll og andre tiltak som i praksis innebærer bruk av tvang.



Det er varierende praksis med gjennomføring av møter for planlegging av utskrivelse. 13 av 42 kommuner svarer at det alltid gjennomføres møter for å planlegge utskrivning av målgruppen, og like mange at dette skjer ofte.

28 av 42 kommuner oppgir at det er samarbeid om utvikling av planer før utskrivelse av målgruppa, mens 10 kommuner svarer at det ikke er det. Der hvor det planer fungerer fint som grunnlag for samarbeid, er det ofte gjennomarbeide planer, med konkrete beskrivelser og tydelig avklarte roller og ansvar.

Over halvparten av de kommunale respondentene oppgir at det er vanskelig å få tilgang til planlagte innleggelses dersom de vurderer forverring og behov for døgnbehandling hos personer i målgruppa. Det er bare seks kommuner som opplever at dette er lett. 18 av kommunene, oppgir at det i slike situasjoner er lett å få tilgang til veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det 11 kommuner som opplever at også dette er vanskelig.

Undersøkelsen viser frustrasjon i kommunene over manglende inkludering av kommunal kontekst i spesialisthelsetjenestens vurdering av pasienters samtykkekompetanse. Det er få som erfarer at det blir tatt hensyn til brukers fungering i bo og nærmiljø ved vurdering av samtykkekompetanse i forbindelse med eventuelt vedtak om iverksetting av tvunget psykisk helsevern. 7 av 42 kommuner opplever at ansvarlig i spesialisthelsetjenesten tar hensyn til dette. Det er flere som erfarer at det blir tatt hensyn til fare for brukers liv og helse ute i nærmiljøet og fare for andres liv og helse.

Nesten alle kommunene i utvalget oppgir at det er brukere med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rusproblemer, og en vurdert voldsrisiko som ikke får den behandlingen de har behov for. Manglende kapasitet i



døgnbehandling og manglende tilgang til ambulans behandling i kommunene oppgis som de viktigste årsakene til dette.

Kostnadsanalyse

Rapporten viser at kommunene har betydelige kostnader som følge av å ivareta hensyn til en forhøyet voldsrisiko og samfunnsvern. Behov for forsterket bemanning er den mest sentrale kostnadsdriveren. Det andre er kostnader for kjøp av tilbud når kommunen ikke kan etablere tilpassede bo- og tjenestetilbud. Et modellert, men realistisk eksempel viser nettoutgifter for kommunen på over tre millioner kroner per år for kjøp av plass med døgnbemanning for en person i målgruppen. Ved forutsetninger om høyere bemanning kan utgiftene bli langt høyere. Det er også kostnader knyttet til tilpasning av bygg, ulike sikkerhetstiltak og kompetanseheving. Sist er det betydelige administrasjonskostnader i forbindelse med planlegging, kontakt med spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere.

Beregninger av kostnader for fire tenkte kommuner illustrerer betydelige kostnadsforskjeller. Kommunestørrelse og innretting av kommunalt bo- og tjenestetilbud kan påvirke kostnadsnivået. Tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten og tilgang til ambulante behandlingsteam er forhold som kan bidra til kostnadseffektive løsninger. Utvikling av kompetanse og egne tilbud i kommunene kan bidra til kvalitet i tilbud til brukerne og redusere behovet for å kjøpe dyre tilbud til enkeltbrukere.

De samfunnsøkonomiske kostnadene vil være betydelig høyere enn det vi har kartlagt i undersøkelsen. Det er blant annet betydelig ekstra ressursbruk for legevakt, politi, ambulanse og brannvesen.

Anbefalinger

I avslutningen av rapporten tas det opp en rekke forslag for å kunne tilrettelegge for bedre oppfølging av målgruppa og ivareta hensyn til

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



samfunnsvern i kommunene. Forslagene gjelder faglig rammer for oppfølging av målgruppa og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det gjelder ordninger for finansiering av kommunal innsats på området. Det gjelder avklaring av det juridiske handlingsrommet og de ulike aktørenes ansvar. Sist gjelder det behov for utvikling av nye bo og behandlingstilbud for å imøtekomme målgruppens sammensatte behov på en bedre måte» (Hansen mfl. 2023, s. 6-9).

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Mandag, 5. februar – Kongresseminar 1

Kl. 16:30 – 17:00

Strukturelle, politiske og administrative utfordringer når vi snakker om rus og psykisk helse
v/ rettspsykiater emerita Randi Rosenqvist



Se sammendrag, plenum 1

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Mandag, 5. februar – Kongresseminar 1

Kl. 16:30 – 18:00

Flere uavhengige diagnoser blant pasienter i LAR som soner i fengsel,
v/seniorforsker Anne Bukten, SERAF, UiO og forsker ved KRUS-Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter



RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Mandag, 5. februar – Kongresseminar 1

Kl. 16:30 – 18:00

Sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv: Kommunenes utfordringer med å gi forsvarlige tjenester til personer som skrives ut fra psykisk helsevern eller fra sikkerhetspsykiatrien for å gjennomføre tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD),
v/ seniorforsker Inger Lise Skog Hansen, FAFO



Se sammendrag, plenum 1

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Mandag, 5. februar – Kongresseminar 2

Kl. 16:30 – 18:00

Det relasjonelle perspektivet og relasjonens betydning; Hva er relasjonsarbeid?

Hvordan utføre relasjonsarbeid? - Hvilke rammebetingelser må være til stede?

v/ avd. sjef og spesialist i psykiatri og i rus- og avhengighetsmedisin Trond F. Aarre, Helse Førde, Nordfjord psykiatrisenter og forskningssjef Marit Helene Hem, NTNU Samfunnsforskning AS



Se sammendrag, plenum 1

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Mandag, 5. februar – Kongresseminar 3

Kl. 16:30 – 18:00

Psykisk helsearbeid i kommunen,
v/ virksomhetsleder Linda Årnes Gulbrandsen,
Lillestrøm kommune





Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon A

Kl. 09:00 – 10:00

A-1 Rusmidler og ungdom

A-1-1 Kokainbruk blant ungdom og unge voksne,
-hva skjer?

v/ forsker Marit Edland-Gryt, Folkehelseinstituttet



Våren 2023 kom det mange medieoppslag om økende bruk av kokain blant ungdom og unge voksne. Flere undersøkelser viste økning i bruk, og den nye sesongen av "Exit" på NRK bidro også til økt oppmerksomhet rundt bruken av kokain. Særlig ble ungdomsmiljøer på Oslos vestkant trukket frem, og bruk av kokain i russetiden ble debattert nasjonalt. I tillegg ble det funnet flere rekordstore kokainbeslag, der banankassene fra Bama ble en gjenganger i medieomtalen av kokain i 2023.

Foredraget om kokainbruk blant ungdom og unge voksne vil bruke ulike undersøkelser for å vise hva som rører seg når det gjelder bruken av kokain blant ungdom og unge voksne i Norge og Oslo. Det vil også være på fokus på å vise hvordan forskning på unge voksnes bruk av kokain i utelivet kan nyansere et stereotypisk bilde av hvorfor kokain blir brukt, og på hvilke måter. Bruken av kokain er tett sammenvevd med alkohol, og ritualer med kokainbruk i utelivet handler for mange om å kontrollere og intensivere "fylla", der kokain av mange blir sett på som noe annet enn "simply searching for the high".

Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon A

Kl. 09:00 – 10:00

A-1 Rusmidler og ungdom

A-1-2 Lystgass, -til lyst eller besvær?

Rus, virkninger og senskader,

v/ overlege Merete Vevelstad, Oslo universitetssykehus HF



Lystgass er lovlig i Norge, og eksperimentering med gassen som rusmiddel er økende. Dessverre øker også andelen med omfattende og langvarig misbruk. Ungdom trenger derfor informasjon om at uvettig bruk av dette rusmidlet kan gi varige hjerne- og nerveskader.

Innpusting av 100% lystgass, typisk fra ballonger, gir ikke bare rus, men også **oksygenmangel** i blodet, hjernen og kroppen. Rus med lystgass er altså som å være på Mount Everest uten oksygenflaske. Ved gjentatte inhalasjoner skades hjernen og nervesystemet. Ved omfattende langvarig misbruk får man i tillegg **vitamin-B12-mangel**, som gir blodfattighet og lammelser. Sykehus rapporterer om markant økning i innleggelser grunnet ryggmargs- og nerveskader etter omfattende lystgass-misbruk. Salget av store 2-25 kg tanker med lystgass (tilsvarende opptil 2000 ballongdoser) via sosiale medier bidrar trolig til økningen i skader.

Dersom ungdom velger å eksperimentere med dette rusmidlet, er det viktig at de puster normal luft etter hver inhalasjon, unngår rebreathing i ballongen, minimerer antall ballonger, og unngår hyppig bruk.

Medisinsk bruk av lystgass er ikke skadelig, siden lystgassen da tilføres i blanding med 50% oksygen.

Se [Rus med lystgass - som å være på Mount Everest uten oksygenflaske - Oslo universitetssykehus HF \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon A

Kl. 09:00 – 10:00

A-2 Rus og personlighetsforstyrrelser

A-2-1 Hvordan håndtere de «vanskelige» pasientenes antisosiale personlighet?

v/ overlege Tore Buer Christensen,

Psykiatrisk avd. Sykehuset Sørlandet HF, Arendal



Pasienter med antisosial personlighet utgjør en betydelig andel av brukere av rusomsorgen, og møter ofte stigmatiserende holdninger og utdatert kunnskap både i helsevesenet og rusomsorgen.

Foredragsholders erfaring er at kunnskap gir en forståelse som er helt nødvendig for å håndtere egne reaksjoner og følelser i møte med denne gruppen.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon A

Kl. 09:00 – 10:00

A-3 Lavterskeltilbud

A-3-1 Støtte på veien til ønsket liv – steg for steg.
Hverdagskompetanse og frivillighet,
v/ fagsjef Anders Leinebø, Blå Kors Norge





Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon A

Kl. 09:00 – 10:00

A-4 Boligutfordringen

A-4-1 Ny bolig- og finansieringsløsning for personer med rusproblemer - resultater fra et 3-årig samarbeidsprosjekt mellom kommunen og Husbanken,

**v/ Synnøve Birgitte Seljeflot og Magne Ådna,
Oslo kommune**



Innlegget er basert på resultatene fra et 3-årig prosjekt i regi av Program for rusfeltet i Oslo (PRIOslo) kalt «Ny boligløsning for personer med rusproblemer.»

Målet for prosjektet har vært å lage et kunnskapsgrunnlag og en løsning for samlokaliserte boliger med base for personer som skal boettes i egen bolig i bydel etter institusjonsopphold, og bidra til en mer effektiv og ressursbesparende framskaffelse av egnede boliger til målgruppen.

Prosjektet har sett på hvordan boliger for personer med omfattende rus- og psykiske helseproblemer bør utformes.

PRIOslo/Velferdsetaten har hatt hovedansvaret for prosjektet. MakersHub og Sweco/TAG Arkitekter har vært sentrale samarbeidspartnere i alle tre fasene av prosjektet. I tillegg har brukerrepresentanter, Arbeidsgruppe for boligbehov og kvalitet med Oslobygg KF, Boligbygg Oslo KF, Frelsesarmeen, Kirkens Bymisjon, bydelene Nordre Aker, Vestre Aker, Bjerke og Grorud, erfaringskonsulent, Husbanken, Velferdsetaten, og PRIOslo sin Programgruppe og Ressursgruppe, brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter har bidratt inn i arbeidet.

Rapporter, håndbok, Kravspesifikasjon Forsterkede boliger, matrise,



planløsninger for boenheter og base er tilgjengelig på [PRIOslo sin nettside](#)¹ under «Boligprosjekt PRIOslo». Dokumentene er svært relevante både for Oslo og andre kommuner som skal framskaffe boliger til personer med rus- eller rus- og psykiske helseproblemer.

- **Kunnskapsrapporten** *Samlokaliserte boliger med base og småhus – sammenfatning av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om samlokaliserte boliger med base og skjermede boliger/småhus*, PRIOslo/Velferdsetaten, 2023
- **Matrise for rusfeltet**, en inndeling i grupper basert på ulike boligbehov, PRIOslo/Velferdsetaten, 2023
- **Håndboken** *Boliger for personer med rus- og psykiske helseproblemer – med vekt på forsterkede boliger*, PRIOslo/Velferdsetaten, MakersHub og Sweco, 2023
Håndboken inneholder plantegninger på to ulike planløsninger som kan brukes både som modul og plassbygd løsning. En av planløsningene kan brukes både som base og som boenhet. Håndboken gir forklaringer og utdypninger til Kravspesifikasjon Forsterkede boliger, og viser også viktige erfaringer og tips ved etablering av boliger til personer med rus- og ev. psykiske helseproblemer som har behov for forsterket bolig.
- **Kravspesifikasjon Forsterkede boliger**, PRIOslo/Velferdsetaten, MakersHub og Sweco, 2023
Kravspesifikasjonen kan brukes overfor leverandører i anskaffelsesprosesser.
- **Rapporten** *Personer med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer*, PRIOslo/Velferdsetaten, 2022

¹ <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/program-for-rusfeltet-i-oslo-2020-2024-prioslo/>



Rapporten beskriver behovene til denne gruppen, og mangel på forsterkede omsorgssentre og sykehjemsplasser for personer med illegale rusmidler. I etterkant har Oslo fått på begge type plasser i 2023/2024.

Det har vært en svært omfattende informasjonsinnhenting gjennom en rekke intervjuer, befaringer, workshoper mm. i tillegg til innhenting av kunnskap fra forskningsrapporter og evalueringer knyttet til ulike botiltak. Vi har gjennomført totalt 49 intervjuer i løpet av de tre fasene og 19 befaringer ved ulike botiltak og institusjoner driftet av det offentlige eller ideell sektor.

Det er stort behov for flere samlokaliserte boliger med base i Oslo. Få tiltak er realisert de siste tolv årene.

Matrise for rusfeltet

For å planlegge mer egnede boliger, trengs det en bedre inndeling enn HelseDirektoratets HF 1–3. *Matrise for rusfeltet* er derfor en inndeling av personer med rus- og psykiske helseproblemer (ROP)² i syv grupper basert på funksjonsnivå. Matrisen beskrevet antall enheter som bør være samlokalisert, beliggenhet og type boligstandard, bemanningstetthet, baseløsninger mm. Matrisen er ment som et utgangspunkt, og det må gjøres vurderinger i hvert enkelt tilfelle på bemanningsgrad.

Uten en bedre forståelse for variasjon mellom de ulike gruppene, risikerer man å opprette botiltak der beboerne må tilpasses tiltaket, og ikke et tiltak tilpasset beboerne. Flere av tiltakene som ble intervjuet er ikke optimalt

² ROP er forkortelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser), HelseDirektoratet 2021. I vårt materiale bruker vi ROP-begrepet ut fra funksjonsnivå, og uavhengig om personen er diagnostisert av spesialisthelsetjenesten.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



utformet og har for høy, for lav eller blandet forsterkning i boligen, noe som gir et lite hensiktsmessig botilbud. Vi har sett at beboergruppen tilpasses tiltaket fremfor at tiltaket tilpasses beboerne. Dette har ofte økonomiske årsaker. Tiltak kan være planlagt for brukere i gruppe 6, men tilbys til gruppe 4, fordi det ikke avsettes tilstrekkelig ressurser til den bemanningstettheten som beboere i gruppe 6 trenger.

Matrisen er et viktig og ressursbesparende verktøy i planleggingen av nye tiltak vil sikre mer egnede boliger og tjenester til målgruppen.

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5	Gruppe 6
Utfordringer: Moderate utfordringer knyttet til rus og ev. psykiske helseproblemer.	Moderate til alvorlige utfordringer knyttet til rus og ev. psykiske helseproblemer.	Atferdsutfordringer, autonom, alvorlige rus- og psykiske helseproblemer/-lidelser, sårbar, innadvent, kan utnyttes, selvdestruktiv atferd.	Alvorlige rus- og psykiske helseproblemer/-lidelser, sårbar, innadvent, kan utnyttes, selvdestruktiv atferd.	Utfordrende atferd, personlighetsforstyrrelser, impulsivitet, synlig rusatferd, samtidige, alvorlige rus- og psykiske helseproblemer/-lidelser.	Sikkerhetsrisiko, utagerende, utfordrende atferd, impulsivitet, samtidige, alvorlige rus- og psykiske helseproblemer/-lidelser.
Hovedforløp: HF 1–2	HF 2–3	HF 2–3	HF 3	HF 3	HF 3
Målgruppen bor f.eks. i: Ordinære kommunale boliger	Ordinære kommunale boliger	Tidl. Flexbo	Skogvollveien	Arveset gård	Schandorffsgate
Boligbehov: Ordinære kommunale boliger , innskutte boliger el. private utleieboliger m.m.	Ordinære kommunale boliger , bomiljø med mer aksept, gjerne heleide gårder	Småhus uten base , ikke for mange småhus samlet, eksempelvis 1–3	Samlokaliserte boliger med base	Samlokaliserte boliger med base	Samlokaliserte boliger med base
Boligstandard: Ordinær boligstandard	Ordinær boligstandard	Forsterket boligstandard	Ordinær boligstandard	Forsterket boligstandard	Ekstra forsterket boligstandard
Belaggenhet: Ordinært bomiljø	Ordinært bomiljø	Skjermet fra ordinære bomiljø , ev. ved næringsvirksomhet	Ordinært bomiljø	Skjermet fra ordinært bomiljø , ev. ved næringsvirksomhet	Skjermet fra ordinært bomiljø , ev. ved næringsvirksomhet
Tjenestebehov: Individuelt tilpasset tjenestebehov, periodevis og ambulant	Individuelt tilpasset tjenestebehov, ambulante tjenester	Ambulante tjenester	Dagtid + ambulante tjenester	Dag/(kveid) + ambulante tjenester døgnet	Døgn
SKOK*/kravspek. SKOK Utleieboliger	SKOK Utleieboliger	Kravspesifikasjon Forsterkede boliger ³	SKOK Omsorgsboliger ev. SKOK Utleieboliger	Kravspesifikasjon Forsterkede boliger	Kravspesifikasjon Forsterkede boliger

Del 1 av Matrise for rusfeltet. Matrisen har totalt fire deler.

Matrisen er brukt som grunnlag for kartleggingen av boligbehovet for personer med rus eller rus- og psykiske helseproblemer i november 2022, og antall personer med omfattende somatiske helseproblemer som



tilleggsproblematikk. Det er et stort behov i Oslo for ordinære kommunale boliger, men i enda større grad et behov for samlokaliserte boliger med base i bydelene. Boligbehovskartleggingen avdekket at 1/3 av personer i gruppene 4 og 5 har omfattende somatiske helseproblemer og nesten halvparten i gruppene 6 og 7 i matrisen.

Noen av funnene i kunnskapsrapporten

Bostabiliteten til beboere er vesentlig høyere etter innflytting i samlokaliserte boliger med base eller småhus. Kun tre av ti planlagte botiltak er realisert i Oslo de siste tolv årene. Bemanningen reduseres fra planlegging til oppstart, noe som påvirker hvilken målgruppe som kan bo i tiltakene.

Det brukes ofte forsterket standard når ordinær hadde vært tilstrekkelig, eller ikke nok forsterket standard som fører til behov for ettermontering og endring i boenhetene i etterkant av innflytting. Det lønner seg å ha tett dialog med Husbanken fra tidlig i prosessen. Gjenbruksmaterialer i konstruksjon av bygg er for kostnadskrevenende per i dag. Velferdsteknologi er ikke egnet for målgruppene som har behov for forsterket bolig (gruppene 3, 5, 6 og 7), fordi dette ofte innebærer elementer med lys, lyd, tekniske installasjoner osv., som kan gi en følelse av å være overvåket, og fort bli fiklet med og ødelagt.

Suksessfaktorer knyttet til organisering, tjenester og selve boligene. Her presenterer vi noen av disse:

Organisering:

- forankring på øverste nivå i bydel/kommune og vilje til gjennomføring
- høy bemanningsgrad
- fulle stillinger for å sikre stabilitet
- beboersammensetning



Tjenester:

- bemannet base
- helhetlige og koordinerte tjenester
- individuelt tilpasset tilbud
- høy terskel for utkastelser, fokus på varig bolig

Boligene:

- ikke for mange samlet: 6–10 enheter
- skjerming fra naboer og bomiljø (gruppene 3 og 5–7 i matrisen)
- egne innganger og helst kun to etasjer i tiltaket
- fullverdig boenhet med egen kjøkkenløsning og bad

Viktige tilpasninger av boligene og basen beskrives i et eget kapittel.

Behovsoversikten er utdypet i håndboken *Boliger for personer med rus- og psykiske helseproblemer – med vekt på forsterkede boliger* (PRIOslo/Velferdsetaten, MakersHub og Sweco, 2023). Behovsoversikten og håndboken er brukt til å utforme *Kravspesifikasjon Forsterkede boliger* for anskaffelser av boliger med forsterket og ekstra forsterket standard. I håndboken ligger også plantegninger og tekniske tegninger for to ulike boenheter og base. Plantegningene kan brukes både for plassbygde løsninger og for modul. *Kravspesifikasjon Forsterkede boliger* bør brukes ved anbud på boliger til målgruppen.

- Det er etablert tre ulike boligstandarder for de ulike gruppene i matrisen; ordinær, forsterket og ekstra forsterket boligstandard.
- Samme planløsning kan brukes både for småhus og for samlokaliserte boliger med base. Planløsningen kan brukes både for modulbygg og for plassbygde løsninger. Modulbygg er mer økonomisk, og kan kles med trepanel, slik at det glir godt inn i omgivelsene.



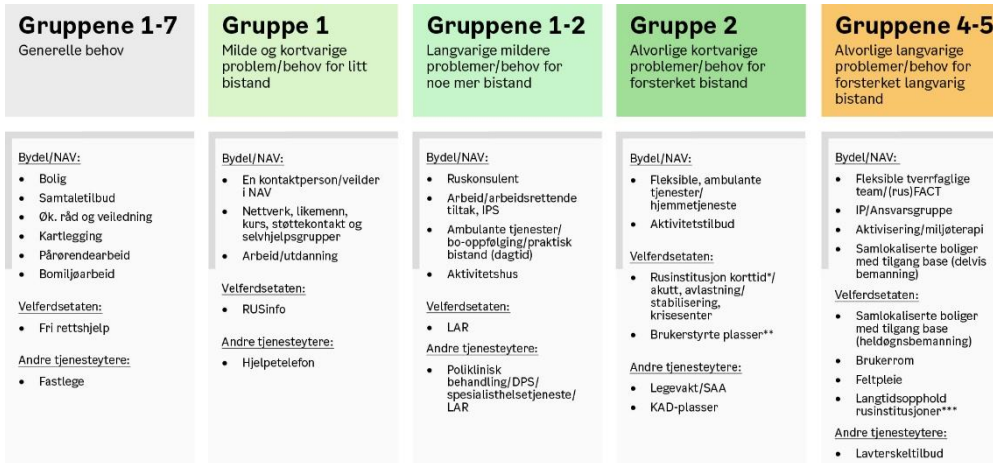
- Bruk av én modul kan bli småhus. Ved å bygge to og to moduler sammen blir det samme utforming som Ljabruveien boliger. Ved å sette sammen 7-8 moduler, i én eller to etasjer, kan man få samlokaliserte boliger med base.
- Det har blitt laget to generiske planløsninger for boenheter som skal kunne brukes både som plassbygd løsning og som modul. Den minste planløsningen er en ettroms med sovealkove. Den har livsløpsstandard på bad og plass til seng i pleiestilling og kan produseres i én modul. Den største planløsningen kan være en toroms med eget soverom. Den har universell utforming og skal kunne tilfredsstillere krav i Husbankens investeringstilskudd for bad og med plass til seng i pleiestilling. Den største boenheten krever to moduler som settes sammen til én boenhet.
 - I første fase ble det først utarbeidet to planskisser. Fordi man i fase to avdekket store somatiske helseproblemer hos en stor andel av målgruppen, valgte man i fase tre å gjøre om plantegningene for at boenhetene skal kunne brukes til personer med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer og nedsatt funksjonsevne.
- Den største boenheten kan enkelt omgjøres til en base, og tilbake til en boenhet. Det er laget plantegninger på baseløsning for gruppe 4 og 5 som kan lages som en modul.
- Både boenhetene og basen er det laget tekniske tegninger til.
 - Plantegningene, tekniske tegninger og forklaringer ligger i håndboken.

Husbanken har delfinansiert prosjektet.



Helhetlig tiltakskjede - Oslo

PRIOslo har i samarbeid med bydeler, ideell sektor og etater også utarbeidet en helhetlig tiltakskjede som viser hvilke tjenester Oslo kommune skal tilby til personer med rus- og ev. psykiske helseproblemer i løpet av programperiode.



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon A

Kl. 09:00 – 10:00

A-4 Boligutfordringen

A-4-2 Hvordan etablere og drifte et boligtilbud til de mest utfordrende innbyggerne med rus og atferdsutfordringer? Resultater og erfaringer etter 4 års drift, **v/ spesialkonsulent Mikal Råheim, Oslo kommune, Velferdsetaten**



Velferdsetaten etablerte i 2019 et boligtilbud til de mest utfordrende innbyggerne med rus og adferdsutfordringer, også kalt gruppe 7 i *matrisen for rusfeltet*. Målgruppen kjennetegnes av lang historikk med alvorlige utageringer, uberegnelig oppførsel, korte avbrutte boforhold og samtidig rusbruk.

Etter 4 år kan tilbudet vise til oppsiktsvekkende resultater, ikke bare for den enkelte, men også for omgivelsene. I innlegget vil Spesialkonsulent Mikal Råheim og Seksjonsleder John-John Aaserud presentere resultatene og hva som ligger bak.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon B

Kl. 10:15 – 11:15

B-1 Forskning og utvikling

B-1-1 HAB - Evaluering av heroinassistert behandling.
Hvordan reagerer pasienter på heroinassistert
behandling (HAB),

**v/ forsker Lars H.R. Myklebust, Universitetet i Oslo,
Institutt. for klinisk medisin, SERAF**



RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon B

Kl. 10:15 – 11:15

B-1 Forskning og utvikling

B-1-2 Bønder og Avhengighet. Om bønder og avhengighetsproblematikk – Rurals,

v/ fagsjef Åse Prestvik, Blå Kors klinikk Lade



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon B

Kl. 10:15 – 11:15

B-2 Seksuell helse

B-2-1 Seksualisert rusbruk -

fra risiko til meningsfull atferd,

v/ styreleder Andres Lekanger, Chemfriendly



Chemsex er en form for seksualisert rusbruk blant skeive menn, og andre menn som har sex med menn. Begrep chemsex oppstod som et forsøk på å mobilisere helsemyndigheter, helse- og skeive aktivister til å ta tak i helseutfordringen, som ble iscenesatt som en hiv-smitte-risikoatferd. Senere er det oppstått en ny retning innenfor litteratur og studier på chemsex som kritiserer hvordan et overdrevent fokus på risiko undergraver skeive rusbrukere som helseaktører i stand til å ivareta seg selv og andre under rus, samt at det å forstå risiko som iboende trekk ved rusmidler og chemsex gjør at helsepersonell, fagpersoner og går glipp av viktige skadeforebyggende informasjon og tiltak. For alle som er opptatt av å endre uhensiktsmessige atferder er det også viktig å forstå hva som er atferdenes beveggrunner. I dette foredraget blir chemsex forklart som et skeivt mannlig sub-kulturelt fenomen der det som for helsepersonell opptatt av å forebygge infeksjoner og rusmiddelbruk kan forstås som risikoatferd, for brukeren kan være meningsfull atferd og en del av relasjonsbygging og dannelse av skeive identiteter. Helsepersonell vil også lære om risikoer, som seksuelle dysfunksjoner og hvordan man best kan ivareta chemsex-deltakere som har behov for hjelp for rusutfordringer og seksuelle dysfunksjoner. Minoritetsstress og minoritetsglede er sentrale nøkkelerd.



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon B

Kl. 10:15 – 11:15

B-3 Pårørendesamarbeid

B-3-1 Implementering av Oslostandard for pårørendesamarbeid. Godt pårørendesamarbeid er målet!
v/ prosjektleder Kristin Skutle, Helseetaten, Oslo kommune



Implementering av Oslostandard for pårørendesamarbeid.

Godt og systematisk pårørendesamarbeid er målet! v/ prosjektleder Kristin Skutle, Helseetaten, Oslo kommune

Oslo kommune har vedtatt standard for pårørendesamarbeid i Oslos helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Standarden skal bidra til at systematisk samarbeid med pårørende er en integrert og naturlig del av den daglige praksis. Innbyggerne og deres pårørende skal oppleve at det er lett å komme i kontakt med tjenestene, og at de blir hørt og får medvirke.

I presentasjonen vil bakgrunn, formål og målgruppe for standarden presenteres. I tillegg en kort gjennomgang av sentrale temaer i standarden. Videre vil arbeidet med implementeringen og status for arbeidet presenteres, samt betydningen av godt pårørendesamarbeid.

Howan møter vi pårørende, og hvorfor er godt og systematisk pårørendesamarbeid viktig? Og hva er det som skal til for at samarbeid med pårørende blir en integrert del av daglig praksis? Dette er noen av spørsmålene som også vil belyses gjennom foredraget.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon B

Kl. 10:15 – 11:15

B-4 Feltarbeid

B-4-1 Rus og psykisk helse i kommunehelsetjenesten,
- utfordringer, samarbeid og teamutvikling,
v/ koordinator for sentrumsarbeidet
Ola Svantorp-Tveiten, Oslo kommune,
Velferdsetaten med flere.



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon C

Kl. 11:30 – 12:15

C-1 Ketaminassistert terapi

C-1-1 Små doser, stor effekt. Om å få livet tilbake!

Ketaminassistert psykoterapi mot depresjon,

v/avdelingssjef Ingmar Clausen, DPS Nordre Østfold, Sykehuset Østfold HF



Depresjon er den ledende årsaken til helsetap i verden. Omtrent halvparten av alle depressive pasienter responderer ikke på førstelinjebehandling. Rundt 30 % responderer ikke i det hele tatt. Farmakoresistent depresjon, ofte definert som manglende respons på minst to typer antidepressiva med adekvat dose og varighet, er spesielt vanskelig å behandle.

Omtrent 800 000 mennesker i verden dør hvert år av selvmord. Dette overgår nå den totale dødeligheten fra alle globale militære konflikter og naturkatastrofer kombinert.

Ketamin-assistert psykoterapi er en lovende terapikombinasjon som forener ny kunnskap fra farmakologisk fagområde med profesjonell samtalebehandling. Ketamin har vært i bruk i over 70 år som et anestesimiddel både hos mennesker og dyr. Ketamin er også kjent for sine hallusinogene og dissociative egenskap som utnyttes i rekreasjonell bruk og blandingsmisbruk.

På Sykehuset Østfold fokuserer på vi enda en viktig egenskap av ketamin: Stoffet fungerer utmerket som hurtigvirkende antidepressivum samt som en effektiv intervensjon mot akutt suicidalitet. Vi har basert vårt terapikonsept på kunnskap fra anerkjente internasjonale studier. Siden høsten 2020 har ca. 200 pasienter med farmakoresistent depresjon blitt

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



behandlet med lavdosert intravenøs ketamin. Signifikant mange av pasientene har fått bedre livskvalitet, noen har til og med kommet i remisjon. Utfordringen hos oss ligger i å få gjennomført planlagte forskningsstudier som kan bekrefte resultatene på et større antall pasienter.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon C

Kl. 11:30 – 12:15

C-2 Nettportaler

C-2-1 Hekta på kunnskap. Lansering av nettportal om ADHD og samtidige rusproblemer, **v/faglig rådgiver Monika Nordli, ADHD Norge**



Psykoedukativ nettportal for fagfolk som jobber med ADHD og samtidige rus- og avhengighetsvansker





Mål:

Målet er at denne nettportalen skal kunne benyttes i rusforebyggende arbeid på institusjoner, rusklinikker, ungdomshjem og i kriminalomsorgen. Portalen vil være universelt utformet, blandet med korte, forhåndsinnspilte webinar på tematikk og animasjoner som bidrar til å løfte frem adekvate refleksjonsoppgaver undervegs. Nettportalen vil være selvforklarende, slik at ansatte/fagfolk i kriminal- og rusomsorgen, kun trenger å lede samtalegrupper for gjennomføring, uten nødvendig spesialkunnskap på tematikk.

Presisering nytteverdi:

Nettportalen er tenkt som et bidrag til psykoedukative tilbud lokalt, i tillegg til ordinær rusbehandling. Erfaringen til nå, er at det finnes lite kunnskap om samtidig ADHD og rusavhengighet. Rusklinikker og kriminalomsorgen etterspør mer kunnskap om ADHD, og kompetansesentre innenfor ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser etterspør mer kunnskap om samtidige rusvansker. Nettportalen vil være åpen og tilgjengelig på ADHD Norge sin nettside.

Moduler:

Modulene i portalen er:

Introduksjon og oppstart, Hva er ADHD, ADHD og rusproblemer, Følelser, Relasjoner, Behandling, Mestringsstrategier, Veien Videre

Prosjekt:

Nettportalen lanseres under Rus og Psykisk helsekonferansen 2024.

Nettportalen piloterer allerede av flere institusjoner. Portalen er utviklet med støtte fra Helsedirektoratet.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Faglig rådgiver i ADHD Norge, Monika Nordli, leder prosjektet. Nordli er utdannet sosionom og har lang erfaring fra tidligere arbeid i rusomsorgen i Oslo kommune.

Arbeidsgruppe fag:

Monika Nordli (Prosjektleder ADHD Norge)

Hege Ramsøy-Halle (RFM Midt-Norge)

Levi Kvitland (post. Doc RFM Midt-Norge)

Maia Mack (psykologspesialist Blå Kors)

Hanne Lorimer Aamodt (Leder forskning og utvikling Tyrili)



Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon C

Kl. 11:30 – 12:15

C-3 Forebygging

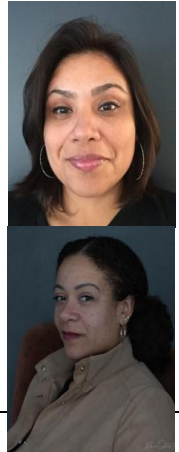
C-3-1 Samarbeid på tvers av bydeler i Oslo Vest med fokus på rus- og kriminalforebyggende arbeid blant barn og unge,

v/ SaLTo-koordinator Isabel Ojo

Kittilsen-Mühleisen i Bydel Vestre Aker og

SaLTo koordinator Isabel Espinoza i

Bydel Frogner, Oslo kommune



SaLTo står for sammen lager vi et trygt Oslo og er Oslo kommune og Oslo politidistrikt si samhandlingsmodell i det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet blant barn og unge i målgruppen 12-22 år. På tvers av bydeler i Oslo vest er ressurser samordnet med fokus på tilbud til barns beste på tvers av bydelsgrenser. Det er etablert en felles oppsøkende innsats som jobber ute i nærmiljøene blant barn og unge med fokus på helsefremmende arbeid. Oppsøkende arbeid med felles ressurser sikrer kontinuitet, oversikt og tilstedeværelse som gjør at vi får et godt kunnskapsgrunnlag i ungdomsmiljøene og raskt og effektivt kan iverksette lavterskel tilbud til ungdom. Gruppetilbud i form av Sisterhood og Brotherhood som har som mål å forebygge utenforskap, rus, kriminalitet, marginalisering og styrke psykisk helse blant unge. Gruppemetodikken er utviklet av Oslo kommune og kan tilpasses ulike aldersgrupper. Parenthood foreldrekvelder i bydelene bidrar til å styrke foreldrerollen og informere om temaer som omhandler ungdoms oppvekstvilkår. Vi har et felles ansvar på tvers av tjenester, fag og etater i å forebygge rus og kriminalitet, bidra til helsefremmende tiltak og være trygge voksne i barn og unges liv. Når vi barn og unge i dette arbeidet og hvordan kan vi jobbe med forebyggende lavterskeltilbud i kommunen

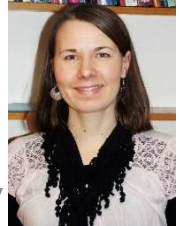


Tirsdag, 6. februar – Parallellsesjon C

Kl. 11:30 – 12:15

C-4 Motiverende Intervju

- C-4-1 Erfaringer med hvordan samtalemetoden MI kan motivere medarbeidere i endring – endring i form av fagutvikling, omstillinger og annet utviklingsarbeid, **v/ spesialrådgiver Hilde N. Nymoen, Vestre Viken, Klinikk for psykisk helse og rus, FoU-avd.**
-



Motiverende intervju i ledelse av endringer

Sammendrag

Ved å bruke samtalemetoden Motiverende intervju (MI) i endringsledelse vil medarbeidernes indre motivasjon og forpliktelse til en endring kunne styrkes. Dessuten egner MI seg godt til å kommunisere med medarbeidere i endringsprosesser og til å respondere hensiktsmessig på uenighet som kan oppstå i løpet av endringsarbeidet. På denne måten sikrer man en vellykket ledelse av endringer.

Innledning

Siden tusenårsskiftet har sykehusene vært i nærmest kontinuerlig endring på grunn av flere reformer, teknologisk nyvinning og fagutvikling. Ikke minst har det vært en stor omstilling å tilpasse seg new public management-inspirerte styringsprinsipper, for eksempel innføringen av produksjonsmålinger. Utviklingsarbeidet har skapt et stadig økende behov for god endringsledelse i helseforetakene. Endringsledelse innebærer å skape en ny organisasjonsvirkelighet gjennom å endre bruken av ressurser, prosesser og arbeidsinnsats. En suksessfaktor for å lede endringer er å forme gode sosiale prosesser. Målet er å skape trygge, motiverte, kreative



og delaktige medarbeidere. Ledere skal først og fremst være veivisere og heiagjeng; for å lykkes må de bruke både hodet og hjertet.

Jeg vil nå presentere hvordan Motiverende intervju (MI) kan benyttes som et prosessverktøy i ledelse av endringer. MI er en samtalem metode som er utviklet for å styrke den indre motivasjonen til endring. Jeg vil vise hvordan MI kan redusere vanlige utfordringer innen endringsledelse ved helseforetakene. De som leder endringene, kan ha en ledertittel, men de kan også være fagutviklingspsykepleiere, kvalitetskoordinatorer, overleger eller prosjektledere. I artikkelen vil de som leder endringene, for enkelhets skyld bli omtalt som ledere.

Å innføre nye metoder tar tid

Å lede endringer er ikke enkelt. Studier viser at hele 70 prosent av alle endringsprosesser mislykkes. Ved helseforetakene har den største svakheten vært at de som leder endringene, har hatt for lite kunnskap om hvordan de skal legge til rette for refleksjon, involvering, engasjement og samarbeid i endringsarbeidet. En studie fra to helseforetak viser at mangel på god dialog skaper uheldige samarbeidsrelasjoner preget av mistenksomhet, negative fortolkninger og skjulte agendaer. Dette gjør det vanskelig å etablere en felles forståelse av problemer og målsetting samt forankring av endringsarbeidet. Alt dette er viktige forutsetninger for velfungerende endringsprosesser. En spesielt stor utfordring med endringsarbeid ved helseforetakene er å sikre at behandlingsmetodene utvikles i tråd med den nyeste kunnskapen. Studier viser at det i gjennomsnitt tar hele 17 år før ny, forskningsbasert kunnskap blir tatt i bruk i klinisk praksis.

Motstand er en stor utfordring ikke bare ved endringer i helseforetak, men ved alle typer endringer. Motstand kan defineres som «en motivert tilstand av motvilje som oppstår når ens frihet blir truet og som dirigerer tanke og



handling mot å gjenvinne den truede friheten». Motstanden har ofte sin årsak i at medarbeiderne føler seg presset til endring, og kan føre til at de motarbeider endringene. Når en endringsleder opplever at medarbeiderne viser motstand, er en naturlig reaksjon at han eller hun spontant forsøker å overtale og overbevise medarbeiderne til å gå med på endringene. Denne automatiske korreksjonsrefleksjonen har vist seg å virke mot sin hensikt. Den reduserer sannsynligheten for endring i stedet for å øke den.

Gjennom metoden Motiverende intervju snur man hele tilnærmingen på hodet. I stedet for å motivere til endring ved å forsøke å overtale eller overbevise tilrettelegger man i MI for at medarbeiderne skal motivere seg selv til endring.

MI styrker den indre motivasjonen

MI er en samarbeidsbasert samtalemetode som har som mål å styrke personens indre motivasjon til og forpliktelse for endring. Tanken i MI er at den indre motivasjonen til atferdsendring ligger i personens verdier og ønsker for fremtiden. I MI setter medarbeideren selv ord på sine verdier og fremtidsønsker. Da vil vedkommende lettere kunne finne frem til de endringene som skal til for å støtte opp under sine verdier og ønsker. Samtidig vektlegges det å styrke tiltroen til at man mestrer å gjennomføre endringene.

MI har blitt brukt innen forskjellige områder opp gjennom årene. Opprinnelig benyttet man MI for å motivere til livsstilsendringer, som for eksempel å redusere overspising eller å bli kvitt rus- eller tobakksavhengighet. Forskning gjennom 25 år viser at MI er effektiv for å motivere til slike endringer. Etter hvert prøvde man også ut MI med hell innen endringsledelse. MI kan benyttes i ledelse av endringer på både individ- og gruppenivå. Et viktig mål for MI i endringsledelse er at medarbeidere på ulike nivåer i organisasjonen skal definere felles verdier og



ønsker for fremtiden. Dette skal brukes som grunnlag for å utforme felles mål og tilhørende planer for endringsarbeidet.

Noen ganger vil det være et sprik mellom hva henholdsvis ledelsen og medarbeiderne mener om en foreslått endring. I slike situasjoner er det den som leder endringene, sin oppgave å fungere som en brobygger mellom ledelsen og medarbeiderne. Verdigrunnlaget og samtaleteknikkene i MI er sentrale verktøy for ledere for å lykkes med dette.

MI er basert på en grunnleggende tro om at alle mennesker bør få mulighet til å påvirke og delta i sine egne endringsprosesser. MI har en flat lederstil. En leder bør utforske og vise empati for medarbeidernes tanker og følelser knyttet til endringsprosessen. En sentral verdi er at lederen anerkjenner medarbeidernes perspektiver, også når de strider mot lederens eller organisasjonens politikk. Når en leder bruker MI-metodikken, skal fokuset være på å ivareta både medarbeiderne og organisasjonen som helhet. Lederen fungerer som en coach som tilrettelegger for at medarbeiderne får brukt sine ressurser i endringsarbeidet.

Det hjelper likevel lite å ha verdiene i MI dersom man ikke klarer å formidle disse verdiene til medarbeiderne. For å sette verdiene ut i livet benytter MI en utforskende, anerkjennende og personsentrert samtalestil. Målet er at man som leder i samtalen skal lytte mer enn man snakker. Samtaleteknikkene som benyttes, er åpne spørsmål, refleksjoner, oppsummeringer og bekreftelser. Det er avgjørende at man som leder er emosjonelt tilgjengelig og har en åpen innstilling til medarbeidernes perspektiver når man bruker teknikkene.

Åpne spørsmål er spørsmål det ikke finnes et avgrenset eller bestemt svar på. Det er spørsmål som ofte begynner med *hvem, hva, hvorfor* osv.



Refleksjoner handler om å gjenta deler av det medarbeideren har sagt, formulert som en påstand. Det kan gjentas ordrett eller noe omformulert, eller man kan forsøke å finne en underliggende mening.

Oppsummeringer innebærer å trekke ut essensen av det medarbeiderne har sagt. De kan fungere som et sammendrag av flere refleksjoner. I oppsummeringene fokuseres det på å gjenta det medarbeiderne har sagt som taler for endring.

Bekreftelser betyr å identifisere og anerkjenne styrker og ressurser hos en person. Dette kan være gode egenskaper eller handlinger utført av medarbeideren. Bekreftelse kan også være å vise forståelse for den enkelte medarbeiderens opplevelser, og oppbyggende og forhindrer at medarbeiderne går i forsvar.

Hensikten med samtaleteknikkene er å stimulere medarbeiderne til å snakke om det som taler for å gjøre en endring, kalt endringssnakk. Dette gjøres ved å oppmuntre dem til å fortelle om sine ønsker, ressurser og argumenter for endring.

MI har fire hovedprosesser

MI består av de fire kjerneprosessene å engasjere, å fokusere, å fremkalle og å planlegge. Prosessene kommer ofte etter hverandre som faser, men omtales som prosesser fordi de ofte også glir over i hverandre.

Å engasjere innebærer å etablere en gjensidig trygg relasjon og et godt samarbeidsforhold. Dette er spesielt viktig i en oppstartsfasen av endringsarbeidet.

Etter at man har etablert en god relasjon, er tiden inne for **å fokusere**. Å fokusere betyr å utvikle og fastholde en bestemt retning for



endringsarbeidet. Det vil si å finne en felles agenda og strategi for endringsarbeidet.

Neste prosess, **å fremkalle**, innebærer å vekke medarbeidernes motivasjon til endring, noe som er selve kjernen i MI. I fremkallelseprosessen er målet å finne ut hvor motiverte medarbeiderne er for endring, og i hvilken grad de har tro på at endringene vil la seg gjennomføre i praksis.

Den største feilen som gjøres i endringsarbeid, er at man går i gang med planleggingen for tidlige. Det er først når medarbeiderne gir tydelig uttrykk for at de er klare for endring, at tiden er moden for å gå i gang med å legge planer. I **planleggingsarbeidet** bør medarbeiderne i størst mulig grad involveres. Ved å la dem være delaktige i planleggingen, øker sannsynligheten for at de blir motiverte og føler seg forpliktet til å følge planen i etterkant.

Nytteverdien av MI i endringsledelse

«Mennesker endrer seg ikke fordi de blir oppfordret til å gjøre det, men de endrer seg hvis de vil». Sitatet viser selve grunnfilosofien i MI. Engasjement har vist seg å være en viktig drivkraft i endringsprosesser. MI skaper delaktige, ansvarsbevisste, stolte og kreative medarbeidere. Alt dette er suksessfaktorer i endringsledelse.

MI brukes i endringsledelse for å styrke medarbeidernes indre motivasjon og forpliktelse til endring. Endringsarbeidet går lettere når lederen støtter medarbeiderne til å være sine egne motivatorer og til å bidra konstruktivt i endringsarbeidet. MI gir praktiske, konkrete og personfokusede kommunikasjonsverktøy.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Metoden hjelper ledere til å kommunisere bra, skape engasjement og respondere hensiktsmessig på ambivalens og uenighet. MI er egnet til å lede endringsprosesser på både individ- og gruppenivå. Så lenge man baserer bruken av MI på verdigrunnet, er det lite skade man kan gjøre ved å bruke metoden. MI er dessuten en forholdsvis enkel metode å tilegne seg, forutsatt at man får veiledning og feedback i etterkant av opplæringen.

Sammendraget er en forkortelse av en artikkel foredragsholderen har publisert: [Samtalemetoden MI kan motivere medarbeidere til endring \(sykepleien.no\)](https://sykepleien.no)

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Tirsdag, 6. februar. – Plenum-2

Kl. 13:30 – 14:30

Hva er en god og verdig ruspolitikk?

inviterte «innspillere» i samtale med Anne-Lise Kristensen



Vi spør;

Hva er en god og verdig ruspolitikk? -- Hva er en ansvarlig alkoholpolitikk?

Hva mangler vi i dagens rusfelt?

- i kommunehelsetjenesten
- i spesialisthelsetjenesten

Hva er en solidarisk og human ruspolitikk?

Innlegg ved:

medl. av Stortingets helse- og omsorgskomiteé Even A Røed, (Ap) partileder og stortingsrepresentant Erna Solberg (h) styreleder Arild Knutsen, Foreningen for human narkotikapolitikk leder Lars Lien, Den Norske Legeforening/Norsk psykiatrisk forening





Tirsdag, 6. februar. – Plenum-2

Kl. 14:30 – 15:00

Helsekriser – hva har pandemien lært oss?

Om ledelse og beslutninger,

v/ ass. helsedirektør Espen Rostrup Nakstad,

Helsedirektoratet



Da pandemien traff Norge måtte ansatte og ledere i helsetjenesten omstille seg raskt og ta en rekke vanskelige beslutninger på usikkert grunnlag. Hva har dette lært oss om beredskap, samarbeid og håndtering av større kriser på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå? Og hvordan kan vi redusere risikoen for at nye hendelser inntreffer samtidig som vi opprettholder et godt system for å håndtere dem og redusere konsekvensene av dem i samvirke med andre sektorer? Assisterende helsedirektør Espen Rostrup Nakstad går gjennom noen sentrale læringspunkter og prinsipper for kriseledelse, med pandemien og Ukraina-krigen som bakteppe.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Tirsdag, 6. februar. – Plenum-2

Kl. 15:15 – 15:35

**Er rusutløst psykose en brukbar diagnose?
v/ forsker Jørgen G Bramness, FHI og
prosjektleder Eline Borger Rognli, Oslo
Universitetssykehus**



Se artikkel/sammendrag her [TRYKK HER](#)



Tirsdag, 6. februar. – Plenum-2

Kl. 15:35 – 16:05

Aktuelle forskningsprosjekt om psykisk helse og digitalisering

**v/ professor PhD Monika Knudsen Gullslett,
Nasjonalt senter for e-helseforskning**



Selv om det gjennom flere tiår har vært tilgang på ulike løsninger knyttet til digital oppfølging og behandling innen psykisk helse, er det i praksis stor variasjon i bruk av digitale verktøy. Barrierer finnes både på samfunnsnivå, organisasjons- og individnivå. For å lykkes med å ta i bruk digitale løsninger og helseteknologi på en hensiktsmessig måte, og bidra til å øke tilgangen på trygge og kunnskapsbaserte helsetjenester, trenger vi mer forskning på utvikling, igangsetting og bruk av ulike løsninger. Hvordan integrere det digitale i allerede eksisterende praksis? Hvem passer det for? Hvilke løsninger fungerer for hvem? og ikke minst, hvordan ivareta personvern og sikkerhet?

Tirsdag, 6. februar. – Plenum-2

Kl. 16:15 – 16:45

**Fjellet, geværet, vannet
v/ forfatter Lars Ramsli**



Lars Ramsli;

Dette er en kort og intens - og dypt rørende - roman som utspiller seg i løpet av én enkelt dag.

Det er sommeren 1983, Lars er ni år gammel og skal være sammen med faren sin, som han vanligvis ikke bor sammen med. Denne dagen bestemmer faren at de skal opp på fjellet. De går uten vann og nesten uten mat, men med hvert sitt gevær. Flere ganger blir faren borte, før han plutselig dukker opp igjen. Hva er det som skjer?

LARS RAMSLIE – SAMMENDRAG – RUS OG MENTAL HELSE

Innledning: Opplesning, utdrag fra «Biopsi»

Hvem er rusmisbrukeren?

-Noen spørsmål og betraktninger rundt avkriminalisering vs legalisering, reformer sett med en pårørendes øyne: «Mugwamp City»

Erfaringer fra å behandle tematikken litterært:

- Hvilke roller har pårørende hatt å spille i offentligheten?
- Hva ble denne empiriske/personlige erfaringen møtt med?
- Å behandle noe etisk og sosiopolitisk estetisk, som litterær erfaring.



Et kasus, men neppe unikt:

-Fars epikrise: Fallet fra å ha ansvar for Norges mest dyrbare last i handelsflåten til å være arbeidsledig, hjemløs og syk på åttitallet.

-Likevel være en ressurssterk klient i møte med rehabilitering. -
Medisinert til morfinist etter lange sykehusopphold; «legal narkoman».

-Egenmedisinering med amfetamin som erstatning for alkoholisme og ubehag fra morfinet: «Hvetebrødsdagene».

-Sanksjonene og tap av privilegier som kriminalisert «rusmisbruker».
Samfunnets dobbeltrolle.

Sosial arv/Traume

-Det partikulære og allmenne. Stigma, skam

-Traumer fra fars «selvskading» og skadene og den sosiale nøden samfunnet påførte «narkomane» og pårørende gjennom tiltak som overvåkning, razziaer, ransakelse, bøter etc.

- «Sosiopatien» og radikaliseringsen. Antisosial adferd.

-Kroppen (år) etterpå. Virkelighetsoppfatning.

Hvem var vi?

-Mekanismene til kriminalisering: Hvem var «miljøet»? Hva hadde de felles?

-Rekrutteringen: Miljøets modus operandi, barnets erfaring av å stå i kryssilden mellom loven og gatejustisen, negative forventninger, å måtte velge side, identitet.

-Tre generasjoner med akkumulert sosial arv etter erklæringen om «War on Drugs».



-Rolleblanding og blandingsmisbruk. En dag bruker, den neste langer.

Hvor går vi?

- Utvide spekteret? Fokus på andre grupper av brukere enn bare de med opiat/heroinavhengighet?
- Et nytt norsk normalitetsbegrep?
- En ny ressurs? (RessUrS)
- «Arvesynden», problemer som venter fra tidligere politikk, etterslepet.

Opplesning, utdrag «Fjellet, geværet, vannet».

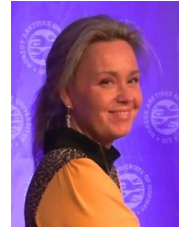


Tirsdag, 6. februar. – Plenum-2

Kl. 16:45 – 17:15

Eldre og rus,

**v/ overlege Line Tegner Stelander,
Universitetssykehuset i Nord Norge,
Alderspsykiatrisk seksjon**



Alkoholforbruket blant eldre varierer betydelig, både avhengig av alder, kjønn, sosial klasse, og utdanningsnivå, men også på bakgrunn av hvilken tidsperiode som undersøkes samt geografisk beliggenhet, inkl om de bor i by eller bygd. Eldre har historisk sett hatt et mye lavere alkoholforbruk enn yngre voksne og har redusert alkoholkonsumet ettersom de har blitt eldre. Eldre menn har tradisjonelt drukket oftere og konsumert større mengder alkohol enn eldre kvinner. En rekke internasjonale studier har imidlertid funnet økt alkoholforbruk blant eldre, mens det motsatte har vært trenden blant unge voksne. Dette har blitt referert til som en "stille epidemi" av Royal College of Psychiatrists, siden de demografiske endringene i alkoholkonsumet synes å ha skjedd uten at det har vært særlig oppmerksomhet omkring det. De endrede alkoholvanene blant eldre antas å representere en kohorteffekt fra "baby boomerne" (de som ble født mellom 1946 og 1964).

Befolkningen av eldre øker raskt over hele Europa, inkludert i Norge, og antall personer over 65 år anslås å dobles innen 2050. Selv om eldre i europeiske land tradisjonelt har drukket på mindre farlige måter sammenlignet med yngre voksne, altså hyppigere men i mindre doser, har alkoholrelaterte sykehus innleggelses og alkoholrelaterte dødsfall blant eldre økt de siste to tiårene. Samme mengde alkohol resulterer i høyere promille hos eldre enn hos yngre, på grunn av en mindre andel totalt kroppsvann. Eldre har høyere forekomst av psykiske og fysiske



helseproblemer. Det er også en høyere andel som bruker flere legemidler sammenlignet med yngre voksne, noe som kan gjøre dem mer utsatt for skadelige effekter av alkohol. Variasjonen i helsetilstanden blant eldre er imidlertid også sannsynligvis større enn tidligere. Mange eldre har friske leveår frem til fylte 90 år. En økende andel passerer også 100 år, før behovet for helse-, velferds- og omsorgstjenester oppstår. Andre får aldersrelaterte sykdommer allerede i 50- eller 60-årene. Skreddersøm, - eller persontilpasset behandling er derfor svært viktig for å «treffe» godt med intervensjoner hos eldre.

Det overordnede målet med mitt doktorgradsprosjekt (2019-2022) var å undersøke endringer i alkoholbruksmønster blant eldre (60 år eller eldre) fra samme geografiske setting over 22 år (1994-2016). I tillegg undersøkte vi karakteristika ved de som drakk mest og de som rapporterte å ha erfart alkoholrelaterte problemer. Vi undersøkte også helseeffekter hos de som i snitt rapporterte å drikke mer enn 100 gram etanol per uke. Deltakere i Tromsøundersøkelsen i alderen 60–99 år ble fulgt i opptil 25 år.

Vi fant at den totale andelen som rapporterte avholdenhet fra alkohol sank betraktelig mellom 1994 og 2016, fra 31 % til 11 %. Så liten andel som 5 % av mennene og 9 % av kvinnene i aldersgruppen 60–70 år rapporterte avhold i 2016, noe som er blant de laveste avholdsratene som er rapportert blant eldre. Forekomsten av risikofylt drikking var 44 % blant kvinner og 46 % blant menn i 2016 (AUDIT-C ≥ 3 for kvinner ≥ 4 for menn). Når vi undersøkte de eldste eldre, fant vi at blant 80-99-åringene rapporterte en så stor andel som 24 % av kvinnene og 19 % av mennene risikofylt drikking. Eldre kvinner har økt sitt alkoholforbruk mer enn menn, noe som har medført reduserte kjønnsforskjeller i drikkeatferd blant eldre. Det er derfor viktig å avlive myten om at eldre mennesker ikke drikker så mye alkohol, - nå gjør de det, også kvinner og de aller eldste!



Risikodriking var assosiert med å rapportere god helse (særlig blant kvinner), samliv med ektefelle eller partner, og å ha mye sosial omgang (kvinner), mens det var assosiert med bruk av sovemedisiner hos menn. Dette kan peke i retning av kjønnsforskjeller i hvordan alkohol brukes. Vi konkluderte med at til tross for at den største økningen i risikofylt alkoholforbruk var blant de privilegerte og friskeste eldre som tåler det best, vil generelt økt alkoholkonsum blant eldre også innebære en økning i andelen stordrikkere. Økt alkoholforbruk og alkoholproblemer i den økende befolkningen av eldre vil derfor by på store utfordringer for fremtidens helsevesen.

Drikkeatferd kan i tillegg endres gjennom livet, og flere studier viser at alkoholvaner påvirkes av endringer i sosiale holdninger, markedsføring, tilgjengelighet og lovgivning. En livssituasjon som endres ved pensjonering, økt fysisk eller psykisk sykdomsbyrde, tap av ektefelle, partner, familiemedlemmer eller venner, eller økt ensomhet, kan øke risikoen for å bruke alkohol på en potensielt mer helseskadelig måte. Så mye som 1/3 av eldre som får alkoholproblemer utvikler dette for første gang sent i livet. Det er derfor viktig å avlive myter som at man vet hvem de er, de som drikker usunt.

Som et svar på bekymringer for bærekraften i helsevesenet på grunn av demografiske endringer i alkoholvaner, har «aktiv» og «sunn» aldring dukket opp som en politisk strategi, både nasjonalt og internasjonalt. Det er et økende behov for å fokusere på å *bevare* helsen. Alkohol og sløvende medisiner er modifiserbare risikofaktorer for dårligere helse. Økt kunnskap om endringer i alkoholbruksmønsteret blant eldre i Norge, er således viktig for å gi helsepersonell økte muligheter for helsefremming, intervensjoner og forebygging av helseskader som kan være forårsaket av uheldig bruk av alkohol.



Alkohol er det vanligste rusmiddelet blant eldre i Norge. Eldre er imidlertid også storforbrukere av vanedannende og sløvende legemidler. Dette til tross for retningslinjene om at sovemedisiner kun bør brukes inntil fire uker og at eldre tolererer både opioider og benzodiazepiner dårligere enn yngre voksne. Den nye generasjonen eldre har nok også en mer liberal holdning til både alkohol, hasj, benzo/hypnotika og opioider. Men finnes det ulovlig bruk av psykofarmaka og narkotika blant eldre i Norge? Det vet vi faktisk ikke så mye om. Imidlertid økte forskrivningen av sterke opioider blant voksne i alderen 41-80 år i Norge mellom 2005 og 2010. Antallet forskrivninger av oksykodon og buprenorfin økte med henholdsvis 57 % og 52 %. I klinikken erfarer vi ofte at eldre foreskrives opioider på nokså bred indikasjon. En del utvikler iatrogen avhengighet og får svekket fungering både fysisk og kognitivt. De opplever ikke selv at de misbruker eller «feilbruker» medisiner, siden fastlegen har vurdert at de trenger slike. Det kan derfor være en krevende pedagogisk oppgave å gjøre helsefremmende intervensjoner.

Mitt hovedfokus når jeg til daglig arbeider med eldre i poliklinikken, er å fremme deres HELSEKOMPETANSE. Dette innebærer først og fremst å øke den generelle kunnskapen om fysiologiske endringer ved aldring. I tillegg gjør vi en spesifikk evaluering av pasientens helsesituasjon opp mot livsstilsfaktorer som kan justeres. Gjennom å tilby informasjon på en respektfull måte, slik at pasienten oppnår økende bevissthet rundt gode og mindre gode sider ved alkohol- og/eller pilleforbruket, skjer det ofte noe med lyst til å gjøre endringer. Vi bruker noen ganger god tid på å vurdere fordeler og ulemper, men erfaringen er at eldre kommer raskere til en helsefremmende løsning, sammenlignet med yngre, som oftere har «all verden av tid» til å gjøre endringer. Behandling av rusmisbruk hos eldre kan imidlertid påvirkes av mental kapasitet, som ofte svekkes ved begynnende kognitiv svikt. Samarbeid med pårørende er da ofte nødvendig. Rusmisbruk kan også være blant de tidlige tegn på en



underliggende nevrodegenerativ tilstand, som f eks frontallappsdemens, der hyperoralitet kan være et tidlig symptom.

Cochrane databasen fant i 2018 at persontilpasset medisinsk informasjon har meget god effekt for å redusere skadelig bruk av alkohol og uhensiktsmessig bruk av legemidler. Det er videre funnet at alderstilpasset behandling av risikofylt alkoholbruk er assosiert med bedre resultater enn behandling rettet mot alle aldersgrupper. Eldre mennesker reduserer oftere alkoholkonsumet eller uhensiktsmessig medisinbruk etter å ha fått korte rådgivende samtaler, sammenlignet med yngre voksne. Korte rådgivende samtaler kan gis av både kommunalt helsepersonell dersom de får adekvat opplæring, - og av spesialisthelsetjenesten ved mer komplekse problemer. Korte intervensjoner har altså vist like god effekt som lengre terapeutiske forløp for å redusere risikofylt og skadelig bruk av alkohol blant eldre.

Konklusjon: det er ofte ikke så mye som skal til, før et skadelig forbruk endres til det bedre. Resultatet blir da en betydelig bedre livskvalitet med økt velvære, bedret ADL funksjon og redusert risiko for fall og kognitiv svekkelse.

Lenker til et par nettsaker som jeg har medvirket i, som dreier seg om dette temaet.

Fra Aftenposten;

[Eldre drikker både oftere og mer. Er det et problem?](#)

Fra NRK;

[Eldre drikker mer alkohol – større vinglass kan være en av årsakene](#)

Og min doktorgradsavhandling;

[Alcohol and aging: A longitudinal study of alcohol habits and health effects due to alcohol consumption in old adulthood](#)

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Tirsdag, 6. februar. – Plenum-2

Kl. 17:15 – 17:45

Nytt fra Helsedirektoratet

v/ avd. direktør Jakob Linhave, Helsedirektoratet



Onsdag, 7. februar. – Plenum-3

Kl. 09:00 – 09:30

Hva mente vi om pilleskam,
og hva lærte vi av diskusjonen i etterkant?

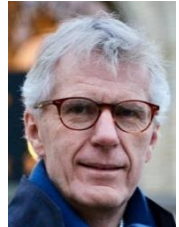
Innlegg og diskusjon ved

*** leder Lars Lien, Den Norske Legeforening/**

Norsk psykiatrisk forening

*** president Håkon Kongsrud Skard,**

Norsk Psykologforening



Det begynte i Aftenposten 10. august;

«Pilleskam» i psykiatrien er et alvorlig samfunnsproblem

Kronikk undertegnet styret i Norsk psykiatrisk forening.



Vi må fjerne all stigmatisering av mennesker med psykiatrisk sykdom, inkludert skammen knyttet til å ta piller, skriver kronikkforfatterne. *Illustrasjonsfoto: Gorm Kallestad, NTB*

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Hvorfor er det så stor motstand mot bruk av medikamenter?

Vi møter stadig på «pilleskam» og motstand mot medisiner som brukes innenfor hjernehelse. Dette gjelder både i møte med den enkelte pasient og i samfunnsdebatten. Fenomenet bunner ofte i gamle fordommer eller i manglende kunnskap om moderne psykiatri. Budskapet frontes gjerne i kampanjer.

Dette bidrar til unødvendig skam, lidelse og funksjonstap. Det får konsekvenser for den enkelte pasient, familie og samfunn. Dette bekymrer oss.

Skambelagt

Vi leger anbefaler stadig flere medisiner som våre pasienter må ta resten av livet. Det er en kraftig økning i foreskriving av medisiner for livsstilssykdommer som ofte kan behandles med kostholdsendringer og fysisk aktivitet.

Det er også en stor vekst i bruk av smertestillende medikamenter og antibiotika.

Den norske befolkning bruker gjerne disse medisinene uten å stille spørsmål ved kunnskapsgrunnlaget og hvilke store markedskrefter som styrer retningslinjene.

Flere pasienter holder medisinbruken skjult for familie og venner. Innenfor medikamentell behandling i psykisk helse er det annerledes. Der synes det store målet i folkeopinionen å være at vi skal klare oss uten medikamenter. Det er i stor grad skambelagt å ta medisiner for psykiske lidelser.

Mange pasienter sier at «jeg tar medisiner nå, men målet er å klare meg uten». Flere pasienter holder medisinbruken skjult for familie og venner.



Hvorfor er det slik?

Det publiseres systematisk desinformasjon. Dermed kan det være utfordrende for mange å vite hva som er sant og usant om psykiatrimedisiner.

Det er en feiloppfatning at medisiner endrer personlighet, har større bivirkninger enn andre medikamenter og er skadelige eller unødvendige.

Det florerer med konspiratoriske teorier om at legemiddelindustrien bare vil tjene penger på å gjøre folk mest mulig avhengige. Noe av det kan skyldes kunnskapsmangel, men det kan være antimedikamentstemmer som overdøver tilgjengelig kunnskap.

Det er nemlig god evidens for at:

- Effekten og bivirkninger av psykiatrimedisiner [er på nivå med](#) de medisiner som blir brukt i somatisk helse.
- Pasienter med alvorlig depresjon har kroppslig stress, betennelsesreaksjoner, smerter og endringer i kroppens fettstoffer som [bedres med medisiner](#).
- Pasienter som behandles med medisiner, kommer [raskere i arbeid](#), og uførhet kan forebygges.
- Prognosen og tilbakefallsrisiko [bedres betydelig](#) blant pasienter med psykose som bruker antipsykotika over en viss tid.
- Pasienter med ADHD har ofte nedsatt livskvalitet, hyppigere depresjoner og mer rusproblemer og kriminell adferd dersom de [ikke behandles med medisiner](#).



- Pasienter med bipolar sykdom er ofte helt avhengige av [stemningsstabiliserende medikasjon](#) for å fungere.
- Medikamentell behandling gjør pasientene [mer tilgjengelige](#) for psykoterapi.
- Det er [ikke noe biologisk grunnlag](#) for at vanlige psykiatrimedisin som antidepressiver, stemningsstabiliserende og antipsykotika skaper avhengighet.

Hvem kan gi råd?

Noe som særlig bekymrer oss, er at autorisert helsepersonell innenfor psykisk helse kan bidra til desinformasjon.

Her berører man grenser – faglig, etisk og juridisk – for hvem som kan gi råd om hva.

Noe som særlig bekymrer oss, er at autorisert helsepersonell innenfor psykisk helse kan bidra til desinformasjon

Legemidler foreskrives av leger. Og det er leger som gir råd om nedtrapping av astmamedisiner, insulin, hjertemedisiner, kreftmedisiner og stoffskiftemedisiner.

Kan det da være annerledes for psykofarmaka? Hvor går grensene for hva helsepersonell kan ytre offentlig eller i kontakt med pasientene – i strid med faglige retningslinjer? Ville dette vært akseptert innenfor andre medisinske fagfelt? Ville helsepersonell ubemerket gå hen og si at insulin er unødvendig fordi man heller bør spise sunt?

Går til mediene



Brakerorganisasjonene har et ansvar for å gi riktig informasjon og sikre at medlemmene får tilgang til oppdatert kunnskap.

Vi vet at noen pasienter har svært dårlige erfaringer med bruk av særlig antipsykotiske medikamenter. Noen av disse søker til mediene med egne erfaringer, selv om disse ikke nødvendigvis vil være representative.

Bivirkninger er imidlertid noe alle medisiner har, og de må balanseres opp mot fordelene.

Ofte er det vanskelig å skille sykdomssymptomer fra bivirkninger. Det er også store individuelle variasjoner både i effekt og bivirkninger av alle typer medikamenter. Flere medikamenter må prøves for å finne det som gir best effekt og minst bivirkninger.

Vi ønsker at mennesker med psykiske lidelser skal få den best tilgjengelige behandlingen. Så langt tyder de fleste studier på at medikamentell behandling er helt nødvendig for å oppnå bedring og økt livskvalitet og forebygge tilbakefall for de fleste pasienter med alvorlig psykiatrisk lidelse.

Medisin må selvsagt være en del av tilbudet sammen med alt det andre pasientene trenger. Vi har alle et ansvar for å formidle riktig kunnskap på dette området.

Alvorlig samfunnsproblem

Det er viktig for oss å formidle at psykiatrisk sykdom er nettopp det: sykdom som rammer mennesker urettferdig og tilfeldig. Og at ved de alvorligste formene for psykiatrisk sykdom er ofte medisiner essensielle for å lindre symptomene, bli helt frisk og hindre tilbakefall.

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Det skulle ikke være noe hverken å skamme seg over eller være redd for. Dette gjelder den enkeltes valg for egen helse.

Moraliseringen over bruk av medikamenter for psykiatrisk sykdom er et alvorlig samfunnsproblem. Den representerer reell diskriminering av mennesker som har psykiatrisk sykdom.

Moralisering over mennesker med kreft eller hjertesykdom som bruker medisiner for sine respektive lidelser, ville være helt uhørt.

Vi må fjerne all stigmatisering av mennesker med psykiatrisk sykdom, inkludert skammen knyttet til å ta piller.

Man skal selvsagt ikke bruke medisin som ikke er anbefalt av lege. Men hvis en lege foreskriver en medisin, er det på bakgrunn av en faglig vurdering – uansett hvilken kroppsdelt hos pasienten som er involvert.

Vi vil understreke at vi her fokuserer på alvorlig psykiatrisk sykdom. Vi mener ikke at man skal ta medisin for normale svingninger og utfordringer i livet.

Kronikken er signert av styret i Norsk psykiatrisk forening:

Lars Lien, leder, Solveig Klæbo Reitan, nestleder, Niclas Jørgen Nilsson Halvorsen, Anna Ulrika Larsson, Kristina Norheim Lorentzen, Elisabeth Mork, Shahram Shaygani, Marianne Smetop, Melissa Anne Elin Authen Weibell

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, arrangerte 20. november 2023 en debatt på Litteraturhuset i Oslo om "pilleskam" Les mer og hør debatten her [TRYKK HER](#)

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Onsdag, 7. februar. – Plenum-3

Kl. 09:30 – 10:00

Betyr økt "etterspørsel" i Psykisk helsevern
økning i psykiske lidelser?

Et samfunnskritisk perspektiv,

v/ professor Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda





Onsdag, 7. februar. – Plenum-3

Kl. 10:00 – 10:30

Nye rettskilder til forståelse av Psykisk helsevernloven, **v/ professor emeritus Aslak Syse, UiO**



Bidraget mitt vil være konsentrert om:

- Endringer i lov og forskrift de siste årene
- De siste fire HR-dommene fra 2018 til 2023. I tillegg er det sentrale HR-dommer fra 2023 om de nye bestemmelsene om strafferettslig utilregnelighet strafferettslig utilregnelighet, men disse kommenteres ikke
- Mæland-utvalgets rapport og kommentarer til denne
- Opptappingsplanen for psykisk helse 2023–2033
- Kort om sivilpsykiatri og strafferettspsykiatri
- Mulig (lovmessig) utvikling framover

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Onsdag, 7. februar. – Plenum-3

Kl. 10:30 – 11:00

Kravet til forsvarlighet og samspillet mellom personell og ledelse i forståelsen av dette
v/ professor og seniorrådgiver Geir Sverre Braut,
Stavanger universitetssjukehus og Høgskulen på Vestlandet



RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Onsdag, 7. februar. – Plenum-3

Kl. 11:30 – 12:00

Erfaringer med brukerstyrte innleggelseser

ved Blå Kors klinikk Lade,

v/ fagsjef Åse Prestvik, Blå Kors klinikk Lade



RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Onsdag, 7. februar. – Plenum-3

Kl. 12:00 – 12:20

Hvordan påvirker anabole-androgene steroider (AAS) hjernen, og hvilke mekanismer ligger bak utvikling av avhengighet?

v/ forsker Astrid Bjørnebekk, OUS HF



Onsdag, 7. februar. – Plenum-3

Kl. 12:20 – 12:40

Oppfølging av pasienter med rus-, alvorlig psykisk helseproblematikk og voldsrisiko i kommunene,
v/ psykolog Nina Haarklou og sykepleier Kristin Horten, Oslo kommune, Velferdsetaten, Prindsen mottakssenter



Bakgrunn

Det oppleves vanskelig å gi et tilfredsstillende tilbud til bostedsløse personer i aktiv rus med alvorlig psykisk helseproblematikk og høy voldsrisiko. Samarbeidet mellom ulike etater og tjenestenivå oppleves krevende og resulterer i at personer faller mellom tiltak. Vedtak om tvang uten døgn kan avsluttes som følge av at personene er vanskelige å nå eller farlige å følge opp i en ustabil livssituasjon/aktiv rus. De går inn og ut av psykiatrisk akuttavdeling og arrest, ofte diagnostisert med rusutløst psykose, uten å ha blitt utredet over tid. De utskrives fra kommunale tilbud og kan utestenges fra NAV, men benytter likevel lavterskeltjenester ved mottakssenteret. Det har gitt oss en unik mulighet for å arbeide for frivillighet i oppfølgingen fra andre instanser.

Tross førende dokumenter og etablerte tiltak oppleves det vanskelig å imøtekomme deres behov da de krever andre ressurser og rammer enn eksisterende tilbud har anledning til å tilby. Dette bekreftes i Fafos rapport 2023:06 «I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv» og UKOM-rapport «Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko» (2023). Også Norges institusjon for menneskerettigheter viser til personer som faller mellom tiltak i sin rapport



om menneskerettigheter og rus fra 2022. Dette er bakgrunnen for at vi besluttet å rette en prioritert innsats for målgruppen. Formålet er å bidra til at personene får nødvendig hjelp på rett nivå, av hensyn til personen selv, deres pårørende og samfunnsvern.

Metode

Vi forholder oss til lovverk og førende dokumenter, slik som Byrådetts strategiske plan for rusfeltet i Oslo og Byrådsavdelingens tildelingsbrev. Vi mottar veiledning av rettspsykiater Randi Rosenqvist, og har tilgang på erfaringskonsulent og juridisk bistand ved behov.

I direkte møte med aktuelle personer, etterstreber vi å gi nødvendig tid og rom ved avvisning av kontakt, før vi gir kontaktetablering nye forsøk. Store deler av arbeidet foregår på systemnivå i form av samarbeid med politiets psykiatrigruppe, bydelsoverleger og spesialisthelsetjenesten.

Funn

Vi har i 2023 vært i kontakt med 12 personer som fremstår som for syke for straff og for friske for tvungent psykisk helsevern. Flertallet av disse har vært bostedsløse personer. Ansvaret for koordinering av tjenester til de med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko fremstår ikke tydelig avklart og vi opplever å kunne være en bidragende aktør i så henseende. Ved at bostedsløse personer som faller utenfor andre tjenestetilbud likevel kommer til Prindsen mottakssenter, kan vi tilby en forankring i en ellers kaotisk hverdag. I tillegg gir det verdifull informasjon om utvikling av symptom- og lidelsestrykk. Våre observasjoner har bidratt til rettspsykiatriske vurderinger av tilregnelighet, som får konsekvenser for videre ansvar for og oppfølging av de aktuelle personene. Vi opplever at handlingsrommet innenfor taushetsplikten tolkes snevrere enn lovverket gir grunnlag for, og at en bør etterstrebe bedre koordinering av informasjon om voldsrisiko og psykisk symptomtrykk mellom politi, sykehus og kommune.



Oppsummert

Vi finner at personer faller mellom tjenester i hjelpeapparatet, tross i at alle instanser isolert sett gir forsvarlig helsehjelp. Ved å rette særlig innsats mot målgruppen, drøfte juridiske problemstillinger og arbeide på individ- og systemnivå parallelt, opplever vi å kunne bidra til at personer som tidligere falt mellom ulike tjenestetilbud får riktig hjelp.

Onsdag, 7. februar. – Plenum-3

Kl. 12:40 – 13:00

Tiger Campus - det nytter å hjelpe!

v/ leder Jeanette Flagstad, Usynlige tigre



Usynlige tigre på 1-2-3

1. Rusproblemer kan skje i alle familier
2. Alarmberedskapen over tid gjør pårørende syke, fysisk og psykisk
3. Nettverk og hjelpetilbud kan gi en bedre hverdag

www.usynligetigre.no 

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongresser

Oslo, 5. – 7. februar 2024



«Alle kjenner noen som kjenner noen...»



Tallenes tale

- Kanskje 200-300 000 alkohol
- Kanskje 20-40 000 vanedannende legemidler
- Kanskje 15-30 000 illegale rusmidler.
- Kanskje 20-40 000 spillavhengige

Vi kjenner alle én eller flere som var avhengige.

«Blant dem som bruker rusmidler, blir bare en liten andel avhengige.

Og blant dem som blir avhengige, er det bare en liten del som ønsker og søker behandling.»

Anslagsvis
300 000 rusavhengige
i Norge



Jørgen G. Bramness er seniorforsker ved Folkehelseinstituttet, Nasjonal kompetansesjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse og professor UTT – Norges arktiske universitet.

www.Usynlige tigre.no 

Egil Nordlie, 2003


Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGERFORENING

Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene?

MEDISIN OG VITENSKAP

EGIL NORDLIE
Email: egil.nordlie@hogerstadklinikken.com
Bogerstadklinikken



www.Usynlige tigre.no 

6 hovedgrupper av symptomer

1. Store muskelspenninger; rygg og ben
2. Hodepine, migrene
3. Magesmerter, udefinerbare

6 hovedgrupper av symptomer, forts.

4. Brystsmerter med utstråling til arm, hyperventilering, hjertebank og uregelmessig puls (NB – ikke hjerteinfarkt)
5. Kvinner får underlivsproblemer
6. Lammelser

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



www.Usynlige tigre .no 

«Usynlige tigre-podden» - for å bringe kunnskap og innsikt om rus, pårørende og hjelpetilbud ut til folket



www.Usynlige tigre .no 

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Ansatte i Q-meieriene og Kavli ønsket å bidra til Usynlige tigrers arbeid – vi fikk kr 300 000,-!!!



www.usynligetigre.no 



1.-3. juli 2022 på Rønningen folkehøgskole

- Tiger Campus 2022 var fulltegnet og hadde venteliste lang tid i forkant
- 50 pårørende
- Frivillige fra Usynlige tigre og fem gruppeledere fra Fossumkollektivet

www.usynligetigre.no 

Hva har denne helgen gjort for deg, slik at du håper vi vil kunne få midler til å arrangere dette igjen?

Pårørende fra Tiger Campus hilser til Kavli:

Dette er første gang jeg har vært samlet med 50 andre der de andre visste hvordan jeg hadde det nesten før jeg visste det selv. For første gang kunne jeg fortelle min historie som pårørende uten å bli dømt. Jeg har kunnet slappe av sammen med totalt fremmede mennesker som allikevel vet mer om meg enn mange av mine venner

Tusen hjertelig takk til Kavli, for at dere ga oss pårørende mulighet til å møte andre pårørende, og få satt ord på det som er vanskelig. Det å få en hel helg i samme båt med andre pårørende er helt uvurderlig. Det å kunne møtes i mindre grupper og snakke sammen er en helt fantastisk måte å få hjelp på. Det å ha dyktige folk med erfaring fra samtalegrupper var utrolig fint. Mennesker som kan dette, og holder i trådene.

www.Usynlige Tigere.no 

Tusen takk for at de ser oss og vårt behov

Tiger campus helgen var veldig fin å få være med på. Det var et trygt og godt fellesskap som ga inspirasjon til å stå i de vanskelige tingene. Det var og en trygg plass å tillate seg å la følelsene strømme. Å kunne gi uttrykk for både sorg og glede i et trygt fellesskap var veldig befriende

Tusen takk til Usynlige Tigere som skapte denne plassen for oss.

Jeg ønsker å rette en stor takk til Kavli som gjorde det mulig for oss å gjennomføre denne samlingen. Det betyr så mye for oss pårørende å møte likesinnede. Se at vi er helt normale mennesker. Rus kan forekomme i en hver familie, og å oppleve at vi ikke er alene med vår sorg og våre utfordringer. Vi får mulighet til å oppleve samhold, støtte - ha et nettverk med andre som forstår oss. For utenforstående som aldri har opplevd disse utfordringene har ingen forutsetninger for å forstå hva vi strever med. Sååå mange mennesker har - takket være Kavli-fondet fått mulighet til kunnskap, vennskap, glede og fellesskap. Håper vi får anledning til å kunne møtes igjen.

www.Usynlige Tigere.no 

RUS OG PSYKISK HELSE – 2024

Oslo kongressenter

Oslo, 5. – 7. februar 2024



Onsdag, 7. februar. – Plenum-3

Kl. 13:00 – 13:20

Den digitale tidsalder for rus- og psykisk helsefeltet har startet,

v/ professor og overlege Jan Ivar Røssberg,

Universitetet i Oslo og Seksjon for behandlingsforskning (SEB) ved Oslo universitetssykehus HF

