

Nasjonalt kvalitetsregister for  
skadelig bruk eller avhengighet av  
rusmidler

## **Årsrapport 2023 med plan for forbedringstiltak**

Ole Bergesen  
Janne Årstad  
Katharina Gottschlich  
Ann Kristin Luzi

Stavanger Universitetssykehus  
KORFOR

1.september 2024



**HELSE STAVANGER**  
Stavanger universitetssjukehus

## Kontaktinformasjon

### Registerleder

Ole Bergesen, [ole.bergesen@sus.no](mailto:ole.bergesen@sus.no)

### Registerkoordinator

Janne Årstad, [janne.arstad@sus.no](mailto:janne.arstad@sus.no)

### Besøksadresse

Lagårdsveien 78  
4010 Stavanger

### Postadresse

Postboks 8100  
4068 Stavanger

### Nettside

[www.kvarus.no](http://www.kvarus.no)

# Innholdsfortegnelse

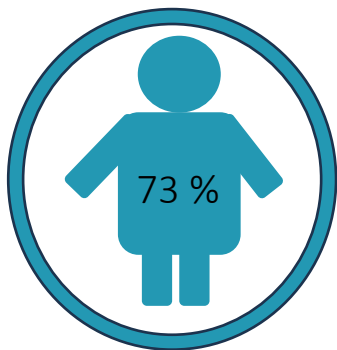
<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>RESULTATER</b>	<b>10</b>
<b>2.1</b>	<b>KVALITETSINDIKATORER</b>	<b>10</b>
2.1.1	STRUKTURINDIKATORER	11
2.1.2	PROSESSINDIKATORER	14
2.1.3	RESULTATINDIKATORER	19
<b>2.2</b>	<b>PASIENTRAPPORTERTE DATA (PROM/PREM)</b>	<b>20</b>
<b>2.3</b>	<b>ANDRE ANALYSER</b>	<b>20</b>
2.3.1	INFORMASJON OM BASISREGISTRERINGER	21
2.3.2	INFORMASJON OM MÅLEPUNKTREGISTRERINGER	29
<b>3</b>	<b>REGISTERBESKRIVELSE</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>DATAKVALITET</b>	<b>38</b>
<b>4.1</b>	<b>TILSLUTNING OG ANTALL REGISTRERINGER</b>	<b>38</b>
<b>4.2</b>	<b>DEKNINGSGRAD OG RESPONSRATE</b>	<b>41</b>
4.2.1	METODE FOR BEREGNING AV DEKNINGSGRAD	41
4.2.2	RESPONSRATE FOR PASIENTRAPPORTERTE DATA	41
<b>4.3</b>	<b>VURDERING AV DATAKVALITET</b>	<b>41</b>
4.3.1	KOMPLETTHET	41
<b>5</b>	<b>PASIENTRETTET KVALITETSFORBEDRING</b>	<b>43</b>
<b>5.1</b>	<b>IDENTIFISERTE FORBEDRINGSOMRÅDER</b>	<b>43</b>
<b>5.2</b>	<b>IGANGSATTE/UTFØRTE FORBEDRINGSTILTAK</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>FORMIDLING AV RESULTATER</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>SAMARBEID OG FORSKNING</b>	<b>47</b>
<b>7.1</b>	<b>SAMARBEID MED ANDRE FAGMILJØER OG HELSE- OG KVALITETSREGISTRE</b>	<b>47</b>
<b>7.2</b>	<b>DATAUTLEVERINGER FRA REGISTERET</b>	<b>47</b>
<b>7.3</b>	<b>VITENSKAPELIGE ARTIKLER</b>	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>REFERANSER TIL VURDERING AV STADIUM</b>	<b>49</b>
<b>8.1</b>	<b>VURDERINGSPUNKTER</b>	<b>49</b>
<b>9</b>	<b>TILTAK GJENNOMFØRT I RAPPORTERINGSÅRET</b>	<b>51</b>
<b>9.1</b>	<b>STRATEGIPROSESS</b>	<b>51</b>

9.1.1	VEIVALG FOR UTVIKLING AV REGISTERET	51
<b>9.2</b>	<b>IMPLEMENTERING I VIRKSOMHETENE</b>	<b>51</b>
<b>9.3</b>	<b>REVISJONER</b>	<b>52</b>
9.3.1	FORBEDRING AV FUNKSJONALITETER OG AUTOMATISERING AV 1 ÅRS OPPFØLGING	52
9.3.2	REDUKSJON I ANTALL VARIABLER	52
<b>9.4</b>	<b>NASJONALT KVARUS SEMINAR FOR LEDERE I TSB</b>	<b>52</b>
<b>9.5</b>	<b>HELSE VEST TURNE</b>	<b>53</b>
9.5.1	MØTER MED FORETAK OG KONKRETE TILTAK	53
9.5.2	TILBAKEMELDINGER FRA FORETAK	53
9.5.3	OPPFØLGING- OG RESULTATER AV MØTER OG IVERKSATTE TILTAK	53
<b>9.6</b>	<b>TILTAK RETTET MOT VIRKSOMHETER</b>	<b>54</b>
9.6.1	FYSISKE MØTER	54
9.6.2	WORKSHOPS	54
9.6.3	REGIONALE NETTVERK	54
9.6.4	GENERELL DRIFT	55
9.6.5	OPPLÆRING	55
<b>9.7</b>	<b>INTEGRASJON CHECKWARE</b>	<b>55</b>
<b>9.8</b>	<b>DEKNINGSGRADSANALYSE</b>	<b>55</b>
<b>9.9</b>	<b>RESULTATFORMIDLING</b>	<b>55</b>
<b>9.10</b>	<b>AUTOMATISK DATAFANGST</b>	<b>55</b>
<b>9.11</b>	<b>SAMMENSETNING FAGRÅD</b>	<b>55</b>
<b>9.12</b>	<b>REGISTERETS OPPFØLGING AV FJORÅRETS VURDERING FRA EKSPERTGRUPPEN</b>	<b>56</b>
9.12.1	UTDRAG AV EKSPERTGRUPPENS VURDERING AV ÅRSRAPPORTEN 2022	56
9.12.2	REGISTERETS OPPFØLGING AV EKSPERTGRUPPENS VURDERING	56
<b>10</b>	<b>UTVIKLING AV REGISTERET</b>	<b>57</b>
<b>10.1</b>	<b>TILTAK FOR VIDERE UTVIKLING TIL NESTE STADIUM</b>	<b>57</b>
10.1.1	INNSAMLING VIA JOURNAL	57
10.1.2	AUTOMATISK DATAFANGST FRA NPR	57
10.1.3	AUTOMATISK DATAFANGST POPULASJON	57
10.1.4	AUTOMATISK DATAFANGST: KORTE OG AKUTTE FORLØP	57
10.1.5	PROM TIL ALLE PASIENTER	57
10.1.6	AUTOMATISK DATAFANGST ANDRE KILDER	57
10.1.7	DIALOG OM SAMORDNING	58
10.1.8	KONTAKT MED IKKE-TILSLUTTEDE VIRKSOMHETER	58
10.1.9	FORBEDRET HÅNDTERING AV PASIENTFORLØP	58
10.1.10	AUTOMATISK AVSLUTNING AV FORLØP	59
<b>10.2</b>	<b>ANDRE FORBEDRINGSTILTAK FOR 2024</b>	<b>59</b>
10.2.1	OPPDATERING AV INFORMASJONSMATERIALE	59
10.2.2	ENDRINGER SOM FØLGE AV FOREBYGGING- OG BEHANDLINGSREFORMEN	59
10.2.3	ENDRINGER I INNSYN	59
10.2.4	KORREKTHET OG VALIDITET	59
10.2.5	GJENNOMGANG AV KVALITETSINDIKATORER	59
<b>10.3</b>	<b>BEHOV FOR TEKNISKE- OG ANDRE FORBEDRINGER</b>	<b>59</b>
10.3.1	RAPPORTEKET	59
10.3.2	OVERSIKT OVER BEHOV MELDT LEVERANDØR	59
<b>11</b>	<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>61</b>

## Forkortelser brukt i rapporten

Forkortelser	Forklaringer
<b>BAR</b>	Barn av rusmisbrukere
<b>BMI</b>	Kroppsmasseindeks
<b>DPIA</b>	Personvernkonsekvensutredning
<b>FHI</b>	Folkehelseinstituttet
<b>HEMIT</b>	Helse Midt-Norges teknologiforetak
<b>HOD</b>	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>KEM</b>	Kontinuerlig elektroniske målinger
<b>MRS</b>	Medisinsk registreringssystem
<b>NK-TSB</b>	Nasjonal kompetansetjeneste TSB
<b>KVAVOP</b>	Nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykisk helsevern voksne
<b>NPR</b>	Norsk pasientregister
<b>PROM</b>	Patient reported outcome measures
<b>QOL-5</b>	Quality of life - 5
<b>KORFOR</b>	Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest
<b>ROS</b>	Risiko- og sårbarhetsanalyse
<b>SERAF</b>	Senter for rus- og avhengighetsforskning
<b>SBS</b>	Situasjon ved behandlingsstart
<b>SSB</b>	Statistisk sentralbyrå
<b>TSB</b>	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
<b>TRAPS</b>	Trauma and PTSD screening

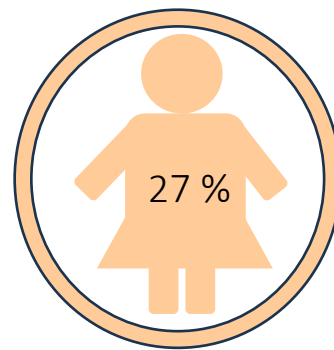
# Nasjonalt Kvalitetsregister for skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (Kvarus)



Gjennomsnittsalder 39.0 år

## Fem hyppigste primære rusmidler

- Alkohol (38 %)
- Amfetamin (7 %)
- Kokain (6 %)
- Hypnotika og sedative (4 %)
- Heroin (2 %)



Gjennomsnittsalder 38.3 år

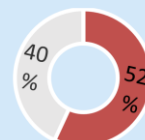
## Negative hendelser og erfaringer

- Utsatt for vold (56 %)
- Oppvekst i familie med rusmiddelbruk eller psykiske problemer (44 %)
- Opplevd omsorgssvikt i oppvekst (36 %)
- Blitt seksuelt krenket eller misbrukt (26 %)

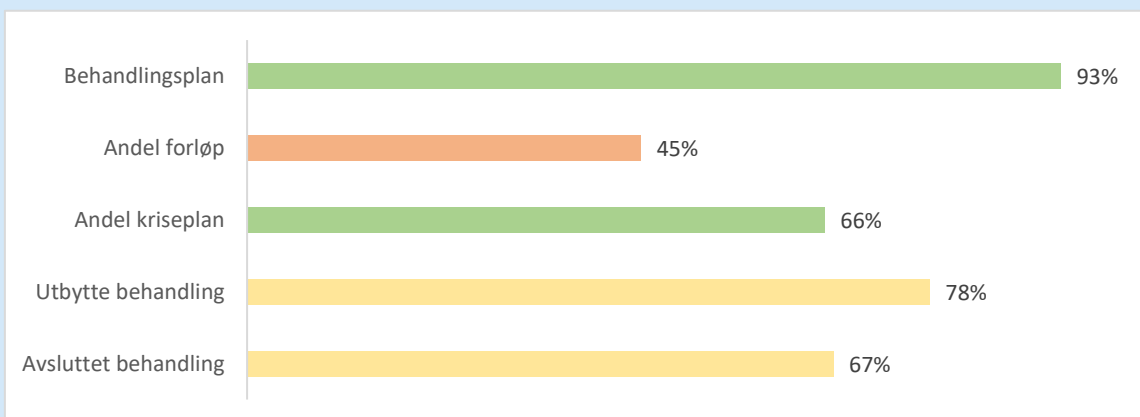
## SCL-10

Score på  $\geq 1,85$  indikerer behov for videre psykisk utredning

1-1,84 1,85+

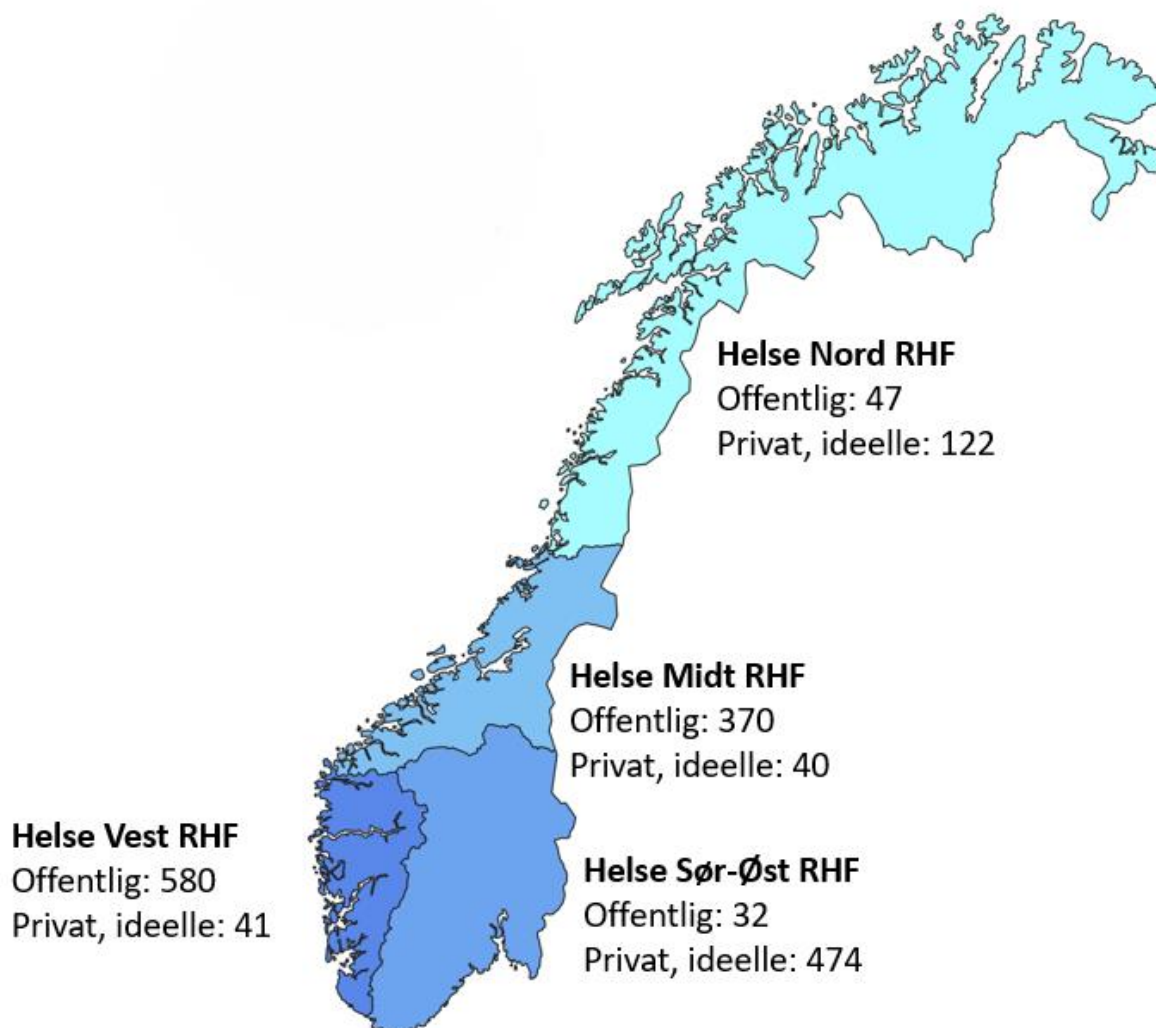


## Kvalitetsindikatorer



## Basisregistreringer i 2023

---



*Kartet viser antall basisregistreringer (unntatt kun målepunkt) av offentlige og private-ideelle virksomheter, fordelt på opptaksområde (totalt antall basisregistreringer unntatt kun målepunkt = 1706).*

# Del 1

## Resultater fra registeret



## 1 Sammendrag

Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (Kvarus) fikk nasjonal status i desember 2018 og startet innsamling av opplysninger i januar 2020. Kvarus samler inn opplysninger gjennom hele pasientforløpet i TSB, samt ett år etter avslutning av pasientforløpet. Kvarus som formål å kunne gi informasjon om pasientens situasjon ved oppstart av behandling, hvilken behandling som gis og resultater av behandling, og hvordan det går med pasienten etter at behandling er avsluttet.

Personer med rusmiddelproblemer har ofte sammensatte behov, og trenger samtidige tjenester knyttet til både rus, psykisk helse og somatikk. Populasjonen er ikke en homogen gruppe og har ulike behov. I opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) fremheves behovet for å sikre tjenester tilpasset de ulike gruppene av pasienter som mottar behandling i TSB. I tillegg fremheves også behov for kunnskap om effekten av tjenestene personen med rusproblemer mottar. Kunnskapen som innhentes i Kvarus skal danne grunnlag for å forbedre kvaliteten på tjenestene som gis til pasienter med rusproblemer, gjennom statistikker, analyser og forskning. Ved hjelp av data fra registeret kan kvalitetsforbedring foregå på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

### Status

2023 er fjerde driftsår for Kvarus. Året har vært preget av strategiprosess og en ny revisjon av registeret. I strategiprosessen har vi tatt viktige veivalg på flere områder. Revisjonen har i hovedsak omhandlet ytterligere reduksjon i antall variabler, PROM for alle skjema og automatisk utsending av ett års oppfølging. I implementeringsarbeidet har registeret lagt vekt på fleksibilitet i registreringsarbeidet hos virksomhetene og lempet litt på hvor hyppig målepunkt bør registreres hos virksomheter med god registreringspraksis.

### Tilslutning og dekningsgrad

I 2023 var det totalt 48 virksomheter innen TSB. Antallet virksomheter er betydelig redusert fra 2022, etter at ordningen med fritt behandlingsvalg (FBV) ble avvirket 1. januar 2023. 79% av virksomhetene i TSB er tilsluttet, samtidig er det store lokale variasjoner i registreringsaktivitet. Antall årlige registreringer økte med 16% fra 2022 til 2023, men den totale dekningsgraden er lav. For å øke dekningsgraden er det i rapporteringsåret iverksatt konkrete tiltak. De viktigste tiltakene er innsats rettet mot ledere i TSB, integrasjon med journal og automatisert datafangst. Registeret venter på dekningsgradsanalyse for 2020-2023 fra NPR.

### Kvalitetsforbedring

Helse Stavanger har et pågående kvalitetsforbedringsprosjekt om utvikling av kvinnespesifikke behandlingstilbud i Avdeling for rus og avhengighet. Basert på registerdata ble det i rapporteringsåret innført systematisk kartlegging av Traume og PTSD screening (TRAPS), etablert gruppetilbud for kvinner i poliklinisk oppfølging, kvinne- og mannsguppe ved døgnenhet og psykoedukativ traumestabiliseringsgruppe for menn og kvinner i LAR poliklinikker.

### Resultater

I 2023 ble det registrert 1995 basisskjema og 2466 målepunktskjema for 2544 pasienter.

### Basis

Det er flest pasienter i aldersgruppene 26-39 år og 40-59 år for begge kjønn. Menn utgjør mer enn to tredeler av pasientene. 28% av pasientene bor sammen med eller har jevnlig kontakt med barn under 18 år. Andelen som er bostedsløse er høyest i aldersgruppen 26-39 år med 16% og nest høyest i aldersgruppen under 26 år med 14%. Rundt halvparten av pasientene er ikke i noen form for arbeid eller aktivitet. Samtidig er omkring en fjerdedel i heltidsjobb og andelen er høyere blant menn. Det er

imidlertid en høyere andel kvinner som er i deltidsjobb eller tar utdanning sammenlignet med menn. Over halvparten har vært vitne til vold, vært utsatt for vold eller opplevd tap av nære personer. For de fleste negative hendelser og erfaringer synker forekomsten med alder. Kvinner oppgir i større grad å ha blitt seksuelt krenket eller misbrukt og å ha levd i et destruktivt parforhold. Menn oppgir i større grad å ha utsatt andre for vold, vært fengslet og ha traumer etter krig, katastrofer eller alvorlige ulykker. Over halvparten av pasienten har behov for videre kartlegging av psykisk helse (SCL-10). Det er flest i den yngste aldersgruppe under 26 år og flest kvinner. Andelen synker med alderen. 44% oppgir å ha vært 13-15 år første gang de ruset seg. Denne andelen er høyest blant den yngste pasientgruppen, hvor over halvparten oppgir å ha vært 13-15 år, og synker med alderen. Kjønnsforskjellene er små.

#### *Målepunkt*

For 27% av pasientene er det ikke gjort ferdig noen nye kartlegginger eller utredninger siden forrige registrering. Aldersgruppen 26-39 år har jevnt over vært gjennom flest kartlegginger og utredninger. I behandlingen ved egen enhet mottok like over halvparten av pasienten avhengighetsbehandling, somatisk behandling og arbeid med sosiale forhold. Her er det lite kjønnsforskjeller. 44 % av kvinnene mottok i tillegg behandling for psykisk helse, som er noe høyere enn hos menn (37%). Hos nesten halvparten av pasienten er det foretatt en systematisk gjennomgang av legemiddelbruk siden forrige registrering, og kvinner mottar i noe større grad medikamentell behandling sammenlignet med menn. De vanligste formene for oppfølging fra andre er oppfølging fra fastlege, NAV, kommunal rus- og psykisk helsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og egen familie/venner. Kvinner får i større grad oppfølging fra ovennevnte enn menn, mens menn i noe større grad får oppfølging fra kriminalomsorg.

#### *Kvalitetsindikatorer*

For prosessindikatorene utarbeidet behandlings plan tidlig i forløpet er måloppnåelsen høy (93%). For indikatorene kriseplan tidlig i forløpet (66%), utbytte av behandling (78%) og andel avsluttet etter gjensidig avtale (67%) er måloppnåelsen moderat. Diagnose er satt på vent og er ikke beregnet for 2023.

## 2 Resultater

### 2.1 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer ble utviklet i 2021-2022. Kunnskapsgrunnlaget er nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) (Helsedirektoratet, 2021) og retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (TSB-retningslinjen) (Helsedirektoratet, 2016). I tillegg har vi fått innspill fra fagrådet og fagpersoner. Metoden for beregning av kvalitetsindikatorer er ikke endret fra 2022 til 2023, men ble endret fra 2021 til 2022. Dvs. at årets resultater er sammenlignbare med 2022, men ikke med 2021.

Vi har gjort en endring fra 2022. Kvalitetsindikatoren for diagnose er satt på vent, og ikke beregnet for 2023. Bakgrunnen er at nå har alle pasienter som henvises til TSB en rusdiagnose. Når Kvarus utvides med automatisk datafangst fra Norsk pasientregister (NPR) vil vi gjøre en ny vurdering av kvalitetsindikator for diagnose. En mulighet er å se på om diagnosen endres i løpet av behandlingsløpet. Registeret har to resultatindikatorer; livskvalitet og psykisk helse. Begge indikatorene skal beregnes basert på målepunkt med status avsluttet etter gjensidig avtale. Registeret mangler sammenlignbare data for disse kvalitetsindikatorerne, de er derfor ikke beregnet for 2023. Fagrådet skal ha en gjennomgang av kvalitetsindikatorer høsten 2024, og det er forventet at resultatindikatorer presenteres for 2024.

Prosessindikatorerne er basert på målepunkt. Alle målepunkt har en av tre statuser: Aktiv, avbrutt og avsluttet med gjensidig avtale. Statusene avbrutt eller avsluttet med gjensidig avtale er avsluttende status. Strukturindikatorerne er basert på opplysninger virksomhetene selv har meldt inn til NK-TSB for bruk i oversikten «TSB i Norge». NK-TSB gir informasjon til virksomhetene om hvordan variablene skal tolkes. Innsamlingen er ikke årlig, men virksomhetene oppdaterer ved behov. Uttrekket som er brukt i analysen er fra mai 2023.

Av personvern hensyn vises ikke resultater fra virksomheter med 5 eller færre registreringer. Resultatene for disse virksomhetene er inkludert i de nasjonale og regionale tallene. I tabellene benyttes betegnelsen behandlingsenheter. Behandlingsenheter er underavdelinger av en virksomhet som har tiltak i TSB. F.eks. Ruspoliklinikken Stavanger er en behandlingsenhet i virksomheten Helse Stavanger.

Tabell 1 Samletabell over kvalitetsindikatorer og målnivå

Kvalitetsindikatorer	Definisjon	Målnivå
<b>Strukturindikatorer</b>		
Spesialistkompetanse	Andel behandlingsenheter som har ansatt minst en psykologspesialist (rus- og avhengighetspsykologi) og/eller legespesialist (rus- og avhengighetsmedisin).	Høyt: 80% Moderat: 60%
Tverrfaglighet	Andel behandlingsenheter som har ansatt lege, psykolog, sosionom (eller annen sosialfaglig utdannet) og sykepleier (eller annen helsefaglig utdannet).	Høyt: 80% Moderat: 60%
<b>Prosessindikatorer</b>		
Behandlingsplan	Andelen utarbeidet behandlingsplan tidlig i	Høyt: 80%

	forløpet.	Moderat: 60%
Diagnose	Indikatoren er satt på vent i påvente av automatisk datafangst fra NPR.	
Kriseplan	Andel som har en kriseplan tidlig i forløpet.	Høyt: 60% Moderat: 40%
Utbytte av behandling	Andelen som svarer i stor eller svært stor grad på spørsmålet om utbytte av behandlingen.	Høyt: 80% Moderat: 60%
Fullført behandling	Andel som har avsluttet behandling etter gjensidig avtale.	Høyt: 80% Moderat: 60%
<b>Resultatindikatorer</b>		
Livskvalitet	Andel som skårer på et bestemt nivå på Quality of Life – 5 ved avslutning av forløpet.	Høyt: 80% Moderat: 60%
Psykisk helse	Andel som er under 1,85 på SCL-10 ved avslutning av forløpet.	

### 2.1.1 Strukturindikatorer

#### 2.1.1.1 Spesialistkompetanse

<b>Definisjon/beskrivelse</b>	Andel behandlingssenheter med psykologspesialist (rus- og avhengighetspsykologi) og/eller legespesialist (rus- og avhengighetsmedisin).
<b>Type indikator</b>	Strukturindikator
<b>Måloppnåelse</b>	Høyt: 80%, Moderat: 60%
<b>Kunnskapsgrunnlag</b>	TSB-retningslinjen pkt. 12.2.
<b>Beregning</b>	Teller: Behandlingsenheter med psykologspesialist (rus- og avhengighetspsykologi) og/eller legespesialist (rus- og avhengighetsmedisin). Nevner: Behandlingsenheter Merknad: Indikatoren bygger på NK-TSB sine data om TSB i Norge.

Tabell 2 Spesialistkompetanse per opptaksområde

Opptaksområde	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>71 %</b>
Helse Midt	67 %
Helse Nord	56 %
Helse Sør-Øst	79 %
Helse Vest	65 %

Tabell 3 Spesialistkompetanse per Juridisk virksomhet

Juridisk virksomhet	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>71 %</b>
Blå Kors Haugaland A-senter	100 %
Blå Kors Loland Behandlingscenter	100 %
Blå Kors klinikk Lade	60 %
Blå Kors klinikk Skien	100 %
Blå Kors Øst	67 %
Finnmarkssykehuset HF	44 %
Frelsesarmeen	100 %
Helse Bergen HF	80 %
Helse Fonna HF	55 %
Helse Møre og Romsdal HF	57 %
Helse Nord Trøndelag HF	100 %
Helse Stavanger HF	38 %
Kirkens Bymisjon Oslo	100 %
Kvinnekollektivet Arken	100 %
Origosenteret	100 %
Oslo universitetssykehus HF	100 %
Rogaland A-senter	100 %
Samtun	100 %
Skjelfoss Psykiatriske Senter TSB	100 %
St. Olavs hospital HF	100 %
Stiftelsen Crux	50 %
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	100 %
Stiftelsen Fossum-kollektivet	100 %
Stiftelsen Fredheim	100 %
Stiftelsen Manifestsenteret	100 %
Stiftelsen Phoenix	0 %
Stiftelsen Renåvangen	100 %
Stiftelsen Riisby Behandlingscenter	100 %
Stiftelsen Solliakollektivet	0 %
Stiftelsen Valdresklinikken	0 %
Sykehuset Innlandet HF	71 %
Sykehuset i Vestfold HF	71 %
Trasoppklinikken	100 %
Tyrilistiftelsen	56 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	60 %
Veslelien	0 %

#### 2.1.1.2 Tverrfaglighet

Definisjon/beskrivelse	Andel behandlingssenheter med lege, psykolog og sosionom.
------------------------	-----------------------------------------------------------

<b>Type indikator</b>	Strukturindikator
<b>Måloppnåelse</b>	Høyt: 80%, Moderat: 60%
<b>Kunnskapsgrunnlag</b>	TSB-retningslinjen pkt. 12.2.
<b>Beregning</b>	Teller: Behandlingsenheter med lege, psykolog og sosionom. Nevner: Behandlingsenheter  Merknad: Indikatoren bygger på NK-TSB sine data om TSB i Norge.

Tabell 4 Tverrfaglighet per opptaksområde

Opptaksområde	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>85 %</b>
Helse Midt	83 %
Helse Nord	75 %
Helse Sør-Øst	89 %
Helse Vest	84 %

Tabell 5 Tverrfaglighet per enhet

Juridisk virksomhet	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>85 %</b>
Blå Kors Haugaland A-senter	100 %
Blå Kors Loland Behandlingssenter	100 %
Blå Kors klinikk Lade	60 %
Blå Kors klinikk Skien	100 %
Blå Kors Øst	100 %
Finnmarkssykehuset HF	67 %
Frelsesarmeen	100 %
Helse Bergen HF	80 %
Helse Fonna HF	82 %
Helse Møre og Romsdal HF	86 %
Helse Nord Trøndelag HF	100 %
Helse Stavanger HF	88 %
Kirkens Bymisjon Oslo	100 %
Kvinnekollektivet Arken	100 %
Origosenteret	100 %
Oslo universitetssykehus HF	100 %
Rogaland A-senter	75 %
Samtun	100 %
Skjelfoss Psykiatriske Senter TSB	100 %
St. Olavs hospital HF	100 %
Stiftelsen Crux	100 %
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	100 %
Stiftelsen Fossum-kollektivet	71 %
Stiftelsen Fredheim	100 %
Stiftelsen Manifestsenteret	100 %

Stiftelsen Phoenix	100 %	
Stiftelsen Renåvangen	100 %	
Stiftelsen Riisby Behandlingscenter	100 %	
Stiftelsen Solliakollektivet	100 %	
Stiftelsen Valdresklinikken	100 %	
Sykehuset Innlandet HF	71 %	
Sykehuset i Vestfold HF	100 %	
Trasoppklinikken	100 %	
Tyrilistiftelsen	67 %	
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	80 %	
Veslelien	100 %	

## 2.1.2 Prosessindikatorer

### 2.1.2.1 Behandlingsplan

<b>Definisjon/beskrivelse</b>	Andel utarbeidet behandlingsplan tidlig i forløpet.
<b>Type indikator</b>	Prosessindikator
<b>Måloppnåelse</b>	Høyt: 80%, Moderat: 60%
<b>Kunnskapsgrunnlag</b>	TSB-retningslinjen: « <i>Det bør utarbeides en behandlingsplan sammen med pasienten/brukeren tidlig i behandlingsforløpet.</i> »  Nasjonal kvalitetsindikator: « <i>Indikatoren viser andel av pasienter i nasjonale pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan</i> »
<b>Beregning</b>	Teller: Første målepunkt, hvis status er aktiv, og det er utarbeidet behandlingsplan.  Nevner: Første målepunkt, hvis status er aktiv.  Merknad: Første målepunkt kan ha en avsluttende status, derfor kravet om at status må være aktiv. Ved avslutning registreres det ikke om pasienten har behandlingsplan.

Tabell 6 Andel utarbeidet behandlingsplan tidlig i forløpet, per opptaksområde

Opptaksområde	Antall	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>768 av 825</b>	<b>93 %</b>
Helse Vest	142 av 152	93 %
Helse Midt	193 av 212	91 %
Helse Sør-Øst	343 av 362	95 %
Helse Nord	90 av 99	91 %

Tabell 7 Andel utarbeidet behandlingsplan tidlig i forløpet, per virksomhet

Juridisk virksomhet	Antall	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>768 av 825</b>	<b>93 %</b>
Blå Kors Haugaland A-senter	48 av 48	100 %
Blå Kors klinikk Lade	28 av 32	88 %
Blå Kors klinikk Skien	14 av 15	93 %
Blå Kors klinikk Tjeldsund	15 av 15	100 %
Blå Kors Loland Behandlingscenter	24 av 25	96 %
Blå Kors Øst	7 av 7	100 %
Finnmarkssykehuset HF	10 av 10	100 %
Helse Bergen HF	23 av 23	100 %
Helse Møre og Romsdal HF	70 av 79	89 %
Helse Nord Trøndelag HF	22 av 24	92 %
Helse Stavanger HF	57 av 66	86 %
Kirkens Bymisjon Oslo	34 av 40	85 %
Origosenteret	15 av 15	100 %
Samtun	19 av 19	100 %
St. Olavs hospital HF	52 av 56	93 %
Stiftelsen Crux	13 av 14	93 %
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	11 av 12	92 %
Stiftelsen Fossum-kollektivet	6 av 8	75 %
Stiftelsen Manifestsenteret	20 av 21	95 %
Stiftelsen Phoenix	16 av 16	100 %
Stiftelsen Riisby Behandlingscenter	23 av 23	100 %
Stiftelsen Solliakollektivet	8 av 9	89 %
Stiftelsen Valdresklinikken	16 av 18	89 %
Trasoppklinikken	52 av 53	98 %
Tyrilistiftelsen	104 av 108	96 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16 av 21	76 %
Veslelien	32 av 33	97 %

#### 2.1.2.2 Diagnose

<b>Definisjon/beskrivelse</b>	Indikatoren er satt på vent. Når løsning med automatisk datafangst er etablert vil vi gjøre en ny vurdering av hvordan indikatoren skal utformes.
<b>Type indikator</b>	Prosessindikator
<b>Måloppnåelse</b>	
<b>Kunnskapsgrunnlag</b>	Diagnose var tidligere en nasjonal indikator.
<b>Beregning</b>	

#### 2.1.2.3 Kriseplan



<b>Definisjon/beskrivelse</b>	Andel som har en kriseplan tidlig i forløpet.
<b>Type indikator</b>	Prosessindikator
<b>Måloppnåelse</b>	Høyt: 60% Moderat: 40%
<b>Kunnskapsgrunnlag</b>	TSB-retningslinjen: «Kriseplan bør lages tidlig i behandlingsforløpet»
<b>Beregning</b>	Teller: Første målepunkt, hvis status er aktiv, og det er utarbeidet kriseplan.  Nevner: Første målepunkt, hvis status er aktiv.  Merknad: Første målepunkt kan ha en avsluttende status, derfor kravet om at status må være aktiv. Ved avslutning registreres det ikke om pasienten har kriseplan.

Tabell 8 Andel som har en kriseplan tidlig i forløpet, per opptaksområde

Opptaksområde	Antall	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>546 av 825</b>	<b>66 %</b>
Helse Vest	100 av 152	66 %
Helse Midt	156 av 212	74 %
Helse Sør-Øst	237 av 362	65 %
Helse Nord	53 av 99	54 %

Tabell 9 Andel som har en kriseplan tidlig i forløpet, per virksomhet

Juridisk virksomhet	Antall	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>546 av 825</b>	<b>66 %</b>
Blå Kors Haugaland A-senter	42 av 48	88 %
Blå Kors klinikk Lade	26 av 32	81 %
Blå Kors klinikk Skien	10 av 15	67 %
Blå Kors klinikk Tjeldsund	15 av 15	100 %
Blå Kors Loland Behandlingscenter	7 av 25	28 %
Blå Kors Øst	6 av 7	86 %
Finnmarkssykehuset HF	7 av 10	70 %
Helse Bergen HF	6 av 23	26 %
Helse Møre og Romsdal HF	47 av 79	59 %
Helse Nord Trøndelag HF	19 av 24	79 %
Helse Stavanger HF	38 av 66	58 %
Kirkens Bymisjon Oslo	16 av 40	40 %
Origosenteret	6 av 15	40 %
Samtun	19 av 19	100 %
St. Olavs hospital HF	43 av 56	77 %
Stiftelsen Crux	13 av 14	93 %

Stiftelsen Finnmarkskollektivet	10 av 12	83 %	
Stiftelsen Fossum-kollektivet	7 av 8	88 %	
Stiftelsen Manifestsenteret	19 av 21	90 %	
Stiftelsen Phoenix	14 av 16	88 %	
Stiftelsen Riisby Behandlingscenter	18 av 23	78 %	
Stiftelsen Solliakollektivet	8 av 9	89 %	
Stiftelsen Valdresklinikken	5 av 18	28 %	
Trasoppklinikken	22 av 53	42 %	
Tyrilistiftelsen	98 av 108	91 %	
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	5 av 21	24 %	
Veslelien	9 av 33	27 %	

#### 2.1.2.4 Utbytte av behandling

<b>Definisjon/beskrivelse</b>	Andel som svarer i stor eller svært stor grad på spørsmål om utbytte av behandlingen.
<b>Type indikator</b>	Prosessindikator
<b>Måloppnåelse</b>	Høyt: 80% Moderat: 60%
<b>Kunnskapsgrunnlag</b>	Pkt. 1. i TSB-retningslinjen er brukermedvirkning, med et underpunkt om brukerevaluering.
<b>Beregning</b>	Teller: Første målepunkt, hvis status er aktiv, og pasienten har scoret 4 eller 5 på utbytte.  Nevner: Første målepunkt, hvis status er aktiv.  Merknad: Første målepunkt kan ha en avsluttende status, derfor kravet om at status må være aktiv. Ved avslutning registreres det ikke utbytte av behandlingen.

Tabell 10 Andel som svarer «i stor» eller «svært stor grad» på spørsmål om utbytte av behandlingen, per opptaksområde

Opptaksområde	Antall	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>1420 av 1812</b>	<b>78 %</b>
Helse Vest	197 av 284	69 %
Helse Midt	378 av 502	75 %
Helse Sør-Øst	668 av 815	82 %
Helse Nord	177 av 211	84 %

Tabell 11 Andel som svarer «i stor» eller «svært stor grad» på spørsmål om utbytte av behandlingen, per virksomhet

Juridisk virksomhet	Antall	%
---------------------	--------	---

<b>Nasjonalt</b>	<b>1420 av 1812</b>	<b>78 %</b>	
Blå Kors Haugaland A-senter	57 av 71	80 %	
Blå Kors klinikk Lade	73 av 107	68 %	
Blå Kors klinikk Skien	18 av 20	90 %	
Blå Kors klinikk Tjeldsund	19 av 22	86 %	
Blå Kors Loland Behandlingscenter	102 av 106	96 %	
Blå Kors Øst	9 av 11	82 %	
Finnmarkssykehuset HF	10 av 14	71 %	
Frelsesarmeen	6 av 7	86 %	
Helse Bergen HF	29 av 42	69 %	
Helse Møre og Romsdal HF	121 av 166	73 %	
Helse Nord Trøndelag HF	37 av 55	67 %	
Helse Stavanger HF	96 av 141	68 %	
Kirkens Bymisjon Oslo	44 av 70	63 %	
Origosenteret	12 av 16	75 %	
Oslo universitetssykehus HF	6 av 7	86 %	
Samtun	72 av 78	92 %	
St. Olavs hospital HF	78 av 96	81 %	
Stiftelsen Crux	13 av 28	46 %	
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	25 av 26	96 %	
Stiftelsen Fossum-kollektivet	19 av 25	76 %	
Stiftelsen Manifestsenteret	17 av 26	65 %	
Stiftelsen Phoenix	60 av 65	92 %	
Stiftelsen Riisby Behandlingscenter	38 av 51	75 %	
Stiftelsen Solliakollektivet	10 av 12	83 %	
Stiftelsen Valdresklinikken	26 av 26	100 %	
Trasoppklinikken	56 av 94	60 %	
Tyrilistiftelsen	254 av 293	87 %	
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	19 av 26	73 %	
Veslelien	85 av 98	87 %	

#### 2.1.2.5 Fullført behandling

<b>Definisjon/beskrivelse</b>	Andel som har avsluttet behandlingen etter gjensidig avtale.
<b>Type indikator</b>	Prosessindikator
<b>Måloppnåelse</b>	Høyt: 80% Moderat: 60%
<b>Kunnskapsgrunnlag</b>	TSB-retningslinjen: Avslutning av behandling bør være planlagt og skje i samarbeid mellom pasient/bruker, behandler og samarbeidspartnere.  Nasjonal indikator: Rapportering av årsak til avsluttet behandling
<b>Beregning</b>	Teller: Avsluttet etter gjensidig avtale.

	Nevner: Målepunkt med avsluttende status. Dvs. enten avsluttet etter gjensidig avtale eller avbrutt.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tabell 10:** Andel som har avsluttet behandlingen etter gjensidig avtale, per opptaksområde

Opptaksområde	Antall	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>384 av 575</b>	<b>67 %</b>
Helse Vest	74 av 98	76 %
Helse Midt	114 av 168	68 %
Helse Sør-Øst	150 av 224	67 %
Helse Nord	46 av 85	54 %

*Tabell 12 Andel som har avsluttet behandlingen etter gjensidig avtale, per virksomhet*

Juridisk virksomhet	Antall	%
<b>Nasjonalt</b>	<b>384 av 575</b>	<b>67 %</b>
Blå Kors klinikk Lade	19 av 19	100 %
Blå Kors klinikk Skien	15 av 17	88 %
Blå Kors klinikk Tjeldsund	13 av 20	65 %
Blå Kors Loland Behandlingscenter	25 av 28	89 %
Blå Kors Øst	2 av 6	33 %
Helse Bergen HF	11 av 22	50 %
Helse Møre og Romsdal HF	30 av 45	67 %
Helse Nord Trøndelag HF	12 av 14	86 %
Helse Stavanger HF	60 av 73	82 %
Kirkens Bymisjon Oslo	7 av 9	78 %
Samtun	13 av 19	68 %
St. Olavs hospital HF	36 av 52	69 %
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	3 av 7	43 %
Stiftelsen Fossum-kollektivet	9 av 20	45 %
Stiftelsen Manifestsenteret	4 av 7	57 %
Stiftelsen Phoenix	15 av 38	39 %
Stiftelsen Riisby Behandlingscenter	7 av 10	70 %
Stiftelsen Valdresklinikken	0 av 8	0 %
Trasoppklinikken	22 av 27	81 %
Tyrilistiftelsen	49 av 79	62 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	13 av 22	59 %
Veslelien	5 av 13	38 %

### 2.1.3 Resultatindikatorer

#### 2.1.3.1 Livskvalitet

<b>Definisjon/beskrivelse</b>	Andel som skårer på et bestemt nivå på Quality of Life – 5 ved avslutning av forløpet.
<b>Type indikator</b>	Resultatindikator
<b>Måloppnåelse</b>	Høyt: 80%, Moderat: 60%

<b>Kunnskapsgrunnlag</b>	Indikatoren bygger på en moderne forståelse av recovery-begrepet, se f.eks. Bjørnstad et al. (2020) og Lehman et al. (2017)
<b>Beregning</b>	Teller: Skårer på et bestemt nivå på Quality of Life – 5 på målepunkt avsluttet med gjensidig avtale.  Nevner: Målepunkt med status avsluttet med gjensidig avtale.  Merknad: På målepunkt med status avbrutt registreres ikke livskvalitet. Disse målepunktene tas derfor ikke med i neveren, selv om de er avsluttende målepunkt.

### 2.1.3.2 Psykisk helse

<b>Definisjon/beskrivelse</b>	Andel som scorerer under 1,85 på SCL-10 ved avslutning av forløpet.
<b>Type indikator</b>	Resultatindikator
<b>Måloppnåelse</b>	Målnivå er ikke fastsatt.
<b>Kunnskapsgrunnlag</b>	Indikatoren bygger på en moderne forståelse av recovery-begrepet, se f.eks. Bjørnstad et al. (2020) og Lehman et al. (2017)
<b>Beregning</b>	Teller: Scorerer under 1,85 på SCL-10 på målepunkt avsluttet med gjensidig avtale  Nevner: Målepunkt med status avsluttet med gjensidig avtale.  Merknad: På målepunkt med status avbrutt registreres ikke SCL 10. Disse målepunktene tas derfor ikke med i neveren, selv om de er avsluttende målepunkt.

## 2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

TSB er fortsatt et ungt fagfelt med betydelig variasjon i praksis. Flere ulike skjemaer benytter for pasientrapporterte data, men de varierer fra virksomhet til virksomhet. Med Kvarus har vi prøvd å utvikle et standardskjema som kan benyttes av hele fagfeltet. Kvarus inneholder både resultat- og erfaringsmål.

### PREM

14 spørsmål om pasientens opplevelse av behandlingen på hvert målepunkt. Spørsmålene bygger på PasOpp-undersøkelsene utviklet av Folkehelseinstituttet. Skjema bygger på Kontinuerlig elektroniske målinger (KEM) i psykisk helsevern og TSB (Folkehelseinstituttet, 2024).

### PROM

5 spesifikke spørsmål fra QoL5 (Lindholt et al., 2002) og ett overordnet spørsmål om livskvalitet på hvert målepunkt. QoL5 er et validert instrument for å måle livskvalitet og er utbredt innen rustjenester. QoL5 ble valgt fordi det fanger opp dimensjoner vi mener er spesielt relevant for vår pasientgruppe. I tillegg har PROM spørsmål om antall dager med rusmiddelbruk, i arbeid/utdanning/aktivitet og bosituasjon, ved avsluttet behandling og ved ett års oppfølging. Disse er valgt ut etter faglig skjønn for å få et bredere bilde av pasientens livssituasjon.

## 2.3 Andre analyser

Analysene nedenfor er basert på standardrapporter som er brukt i presentasjoner til rapporterende virksomheter. I tolkning av disse tabellene er det viktig å huske at et inklusjonskriterie i Kvarus er ny henvisningsperiode i TSB. Dette medfører at rusavhengige i langvarige behandlingsløp som startet før

virksomheten begynte å registrere ikke inkluderes. Et annet moment er at registreringsaktiviteten er ujevnt fordelt over landet. Basisregistreringer domineres av Helse Stavanger, Helse Midt og private ideelle i Helse Sør-Øst (til sammen 78% av basisregistreringer). Målepunktregistreringer domineres av private ideelle i Helse Sør-Øst som har 43% av alle målepunktregistreringer. Registreringsaktiviteten er nærmere beskrevet i 4.1.

### 2.3.1 Informasjon om basisregistreringer

#### 2.3.1.1 Demografiske variabler

Tabell 13 Kjønn og alder

Aldersgruppe	Kvinner		Menn		Totalt	
Under 26	107	22,9 %	226	18,2 %	333	19,5 %
26-39	155	33,2 %	457	36,9 %	612	35,9 %
40-59	163	34,9 %	441	35,6 %	604	35,4 %
60 og over	42	9,0 %	115	9,3 %	157	9,2 %
Totalt	467	27,4 %	1239	72,6 %	1706	

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

Tabell 14 Bor sammen med eller har jevnlig kontakt med barn under 18 år

Barn	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Nei	76 %	69 %	69 %	89 %	72 %	69 %	73 %
Ja	24 %	31 %	31 %	11 %	28 %	31 %	27 %

28% av pasientene bor sammen med eller har jevnlig kontakt med barn under 18 år. Andelen er høyest for aldersgruppene 26-39 år og 40-59 år. Det er en noe større andel av kvinnene som bor sammen med eller har jevnlig kontakt med barn under 18 enn menn.

Tabell 15 Bosituasjon ved inntak

Bolig	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	1 %	4 %	4 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Egen bolig	83 %	76 %	79 %	87 %	80 %	84 %	78 %
Kommunal omsorgsbolig	2 %	5 %	5 %	6 %	5 %	4 %	5 %
Bostedsløs	14 %	16 %	12 %	3 %	13 %	9 %	14 %

I snitt har 80% av pasientene egen bolig ved inntak. Andelen som er bostedsløse er høyest i aldersgruppen 26-39 år med 16% og nest høyest i aldersgruppen under 26 år med 14%. Andelen som har egen bolig, er høyere blant kvinner og andelen som er bostedsløse er høyere blant menn.

Tabell 16 Høyeste fullførte utdanning

Utdanning	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	2 %	5 %	5 %	3 %	4 %	4 %	4 %
Ingen fullført utdanning	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	0 %	2 %
Grunnskole	27 %	17 %	20 %	11 %	20 %	18 %	20 %
VGS1/Grunnkurs	21 %	16 %	9 %	5 %	13 %	13 %	14 %
VGS	32 %	26 %	18 %	17 %	24 %	27 %	22 %
Fagbrev	12 %	20 %	21 %	22 %	19 %	14 %	21 %
Høyere utdanning	4 %	15 %	25 %	39 %	18 %	22 %	17 %
Ønsker ikke svare	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %

I snitt har 20% grunnskole og 13% VGS1/grunnkurs som høyeste fullførte utdanning. Andelen som har grunnskole, VGS1/grunnkurs og VGS som høyeste fullførte utdanning er størst blant den yngste gruppen og synker for de øvrige gruppene. I aldersgruppen 60 og over har 61% et fagbrev eller fullført høyere utdanning. Andelen som har fagbrev som høyeste fullførte utdanning er høyere blant menn, mens VGS og høyere utdanning er høyere blant kvinner.

Tabell 17 Arbeid og aktivitet

Arbeid	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	4 %	7 %	9 %	9 %	8 %	7 %	8 %
Heltid	15 %	25 %	29 %	25 %	24 %	21 %	26 %
Deltid	14 %	8 %	5 %	9 %	8 %	10 %	7 %
Utdanning	22 %	5 %	1 %	0 %	7 %	9 %	6 %
Ikke-lønnet	4 %	5 %	6 %	3 %	5 %	5 %	5 %
Ikke i aktivitet	41 %	50 %	50 %	54 %	48 %	48 %	49 %

Rundt halvparten av pasientene er ikke i noen form for arbeid eller aktivitet. Samtidig er omkring en fjerdedel i heltidsjobb. Blant menn er 26% i heltidsjobb, mens dette antallet er noe lavere for kvinner der 21% er i heltidsjobb. Det er imidlertid en høyere andel kvinner som er i deltidsjobb eller tar utdanning sammenlignet med menn. Blant pasientene under 26 år er 22% i utdanning og andelen som ikke er i noen form for arbeid eller aktivitet er lavere enn for de øvrige gruppene.

### 2.3.1.2 Belastning, livssituasjon, psykisk helse og ressurser

Tabell 18 Hendelser og erfaringer pasienten vurderer kan ha betydning for behandlingen

Hendelser	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Vitne til vold	63 %	60 %	48 %	25 %	53 %	55 %	52 %

Utsatt for vold	66 %	62 %	52 %	29 %	56 %	66 %	52 %
Utsatt andre for vold	43 %	40 %	23 %	10 %	32 %	23 %	35 %
Oppvekst i familie med rusmiddelbruk	44 %	47 %	44 %	34 %	44 %	48 %	42 %
Oppvekst i familie med psykiske problemer	55 %	48 %	40 %	27 %	44 %	54 %	41 %
Oppvekst i familie med suicidalitet	23 %	21 %	18 %	11 %	19 %	23 %	18 %
Tap av nære personer	55 %	59 %	57 %	55 %	57 %	61 %	56 %
Opplevd omsorgssvikt i oppvekst	46 %	38 %	33 %	20 %	36 %	46 %	32 %
Utsatt for alvorlig mobbing	36 %	34 %	27 %	13 %	30 %	34 %	29 %
Blitt seksuelt krenket eller misbrukt	35 %	26 %	25 %	15 %	26 %	53 %	16 %
Har levd i destruktivt parforhold	43 %	49 %	44 %	25 %	44 %	57 %	39 %
Vært fengslet	4 %	13 %	13 %	4 %	11 %	2 %	14 %
Traumer etter krig, katastrofer eller alvorlige ulykker	13 %	19 %	19 %	16 %	17 %	11 %	20 %
Solgt seksuelle tjenester	10 %	7 %	5 %	1 %	6 %	12 %	4 %

Pasientgruppen har en høy belastning med negative hendelser og erfaringer bak seg. Over halvparten har vært vitne til vold, vært utsatt for vold eller opplevd tap av nære personer. For de fleste negative hendelser og erfaringer synker forekomsten med alder. I tillegg til de negative hendelsene og erfaringene nevnt over, oppgir omkring halvparten i denne aldersgruppen å ha vokst opp i en familie med psykiske problemer og å ha opplevd omsorgssvikt i oppveksten. Videre er det betydelige kjønnsforskjeller. Kvinner oppgir i større grad å ha blitt utsatt for vold og opplevd omsorgssvikt i oppveksten, og over halvparten rapporterer å ha blitt seksuelt krenket eller misbrukt og å ha levd i et destruktivt parforhold. Menn oppgir i større grad å ha utsatt andre for vold, vært fengslet og ha traumer etter krig, katastrofer eller alvorlige ulykker.

Tabell 19 Livssituasjon

Livssituasjon	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	2 %	5 %	6 %	6 %	5 %	5 %	5 %
Meget dårlig	7 %	8 %	9 %	5 %	8 %	9 %	7 %
Dårlig	24 %	25 %	25 %	17 %	24 %	23 %	25 %
Verken god eller dårlig	37 %	35 %	31 %	32 %	34 %	35 %	33 %
God	27 %	24 %	25 %	35 %	26 %	25 %	26 %
Meget god/godt	3 %	2 %	3 %	4 %	3 %	2 %	3 %

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



Tabell 20 Erfaringer pasienten vurderer kan være en ressurs i endringsprosessen

Ressurser	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Kontakt med en person som kan gi meg sosial støtte	91 %	83 %	82 %	83 %	84 %	84 %	85 %
Tidligere arbeidserfaring	74 %	79 %	82 %	88 %	80 %	76 %	81 %
Skole etter grunnskolen	74 %	68 %	62 %	72 %	68 %	71 %	66 %
Har eller har hatt egen bolig	62 %	80 %	84 %	92 %	79 %	82 %	78 %
Har en interesse som betyr noe for meg	84 %	83 %	81 %	86 %	83 %	78 %	85 %
Har erfaring med tidligere rusfrie perioder	78 %	83 %	84 %	88 %	83 %	81 %	84 %
Håp om et liv som er mindre preget av bruk av rusmidler	93 %	92 %	92 %	95 %	92 %	92 %	92 %

Pasientgruppen oppgir i stor grad å ha erfaringer som kan være en ressurs i endringsprosessen. Pasienter i aldersgruppen under 26 år oppgir i større grad kontakt med en person som kan gi sosial støtte og i mindre grad tidligere arbeidserfaring og å ha eller ha hatt egen bolig som en ressurs, sammenlignet med de andre aldersgruppene. Kjønnforskjellene er relativt små, men kvinner oppgir i større grad skole etter grunnskolen som en ressurs og menn oppgir i større grad å ha en interesse som betyr noe for en og tidligere arbeidserfaring.

Tabell 21 SCL-10 score (selvrapportering psykisk helse)

SCL-10	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	7 %	9 %	7 %	12 %	8 %	8 %	8 %
1-1,84	36 %	34 %	43 %	55 %	39 %	29 %	43 %
1,85+	58 %	57 %	50 %	32 %	52 %	63 %	48 %

SCL-10 er et kartleggingsverktøy for psykisk helse. En skåre over 1,85 indikerer videre kartlegging av pasientens psykiske helsetilstand. Over halvparten av pasientene skårer 1,85+ på SCL-10. Det er flest i den yngste aldersgruppen som skårer 1,85+ og andelen synker med alderen. Flere kvinner enn menn skårer 1,85+.

### 2.3.1.3 Fysisk helse

Tabell 22 BMI

BMI	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	10 %	12 %	9 %	6 %	10 %	12 %	9 %
Undervekt	8 %	3 %	1 %	3 %	3 %	6 %	2 %
Normalvekt	55 %	40 %	34 %	38 %	41 %	47 %	38 %
Overvekt	20 %	30 %	33 %	36 %	30 %	18 %	34 %

Fedme - grad 1	4 %	11 %	16 %	11 %	11 %	10 %	12 %
Fedme - grad 2	3 %	4 %	5 %	5 %	4 %	6 %	4 %
Fedme - grad 3	0 %	1 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %

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

Tabell 23 Røyking

Røyking	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	8 %	9 %	7 %	6 %	8 %	7 %	8 %
Nei, har aldri røykt eller sluttet for mer enn 6 mnd siden	30 %	38 %	35 %	38 %	36 %	36 %	36 %
Nei, men sluttet for mindre enn siste 6 mnd siden	10 %	9 %	6 %	7 %	8 %	7 %	8 %
Ja, men ikke daglig siste 6 mnd	26 %	10 %	7 %	5 %	12 %	11 %	12 %
Ja, daglig siste 6 mnd	26 %	33 %	45 %	44 %	37 %	39 %	36 %

Flere enn en tredjedel oppgir å aldri ha røykt eller å ha sluttet for mer enn 6 måneder siden. Andelen som oppgir å røyke, men ikke daglig er høyest blant de under 26 og faller opp mot aldersgruppen 40-59, mens motsatt trend sees blant de som oppgir å røyke daglig. Sammenlagt er det flest i aldersgruppene under 26 og 40-59 som oppgir å røyke. Kjønnforskjellene er relativt små.

Tabell 24 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	11 %	13 %	13 %	15 %	13 %	13 %	13 %
Inaktiv	32 %	21 %	27 %	24 %	26 %	27 %	26 %
Delvis aktiv	8 %	11 %	9 %	11 %	10 %	10 %	9 %
Aktiv	21 %	23 %	21 %	25 %	22 %	23 %	21 %
Over anbefaling	28 %	32 %	29 %	25 %	29 %	27 %	30 %

Halvparten av pasientene oppgir å være aktive eller å ha et fysisk aktivitetsnivå over anbefaling. Omkring en fjerdedel oppgir å være inaktive. Kjønn- og aldersforskjellene er relativt små. Den største forskjellen er andelen inaktive i de ulike aldersgruppene. Andelen som oppgir å være inaktive er høyest i aldersgruppen under 26 med 32% og lavest i aldersgruppen 26-39 med 21%.

#### 2.3.1.4 Rusmiddelbruk

Tabell 25 Alder første gang ruset

Debutalder	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn

	over						
Ikke svart	5 %	9 %	9 %	8 %	8 %	9 %	8 %
under 13	18 %	21 %	16 %	6 %	17 %	13 %	19 %
13-15	52 %	45 %	40 %	36 %	44 %	47 %	43 %
16-18	21 %	19 %	25 %	38 %	23 %	20 %	24 %
19-24	4 %	4 %	5 %	8 %	5 %	6 %	4 %
25-39	0 %	2 %	3 %	2 %	2 %	3 %	1 %
40-59	0 %	0 %	1 %	3 %	1 %	1 %	0 %
60 og over	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %

44% oppgir å ha vært 13-15 år første gang de ruset seg. Denne andelen er høyest blant den yngste pasientgruppen, hvor over halvparten oppgir å ha vært 13-15 år, og synker med alderen. Jevnt over er debutalderen lavere for de yngre pasientene og øker med alderen. Kjønnsforskjellene er relativt små, men 19% av menn sammenlignet med 13% av kvinner oppgir å ha vært under 13 år første gang de ruset seg.

Tabell 26 Rusmidler brukt

Rusmidler	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Alkohol	81 %	77 %	80 %	92 %	80 %	81 %	80 %
Cannabis	80 %	59 %	34 %	8 %	49 %	39 %	54 %
Amfetamin	48 %	46 %	29 %	7 %	37 %	31 %	39 %
Kokain	67 %	46 %	18 %	4 %	36 %	28 %	39 %
Andre sentralstimulerende	38 %	17 %	8 %	3 %	17 %	16 %	17 %
Heroin	17 %	15 %	10 %	3 %	13 %	11 %	13 %
Metadon	4 %	5 %	3 %	1 %	4 %	3 %	4 %
Subutex/Suboxone	11 %	13 %	7 %	3 %	10 %	7 %	11 %
GHB/GBL	17 %	18 %	9 %	1 %	13 %	9 %	15 %
Andre opioider	23 %	16 %	8 %	6 %	14 %	11 %	15 %
Hypnotika og sedativa (benzodiazepiner)	53 %	42 %	23 %	11 %	35 %	33 %	35 %
Hallusinogener	35 %	25 %	8 %	1 %	19 %	13 %	21 %
Løsemidler	3 %	3 %	2 %	1 %	3 %	1 %	3 %
Anabole androgene steroider	5 %	8 %	4 %	1 %	5 %	0 %	7 %
Andre syntetiske rusmidler (legal highs)	10 %	7 %	2 %	0 %	5 %	3 %	6 %
Annet	8 %	3 %	1 %	1 %	3 %	3 %	3 %

Det mest rapporterte rusmiddelet er alkohol. Blant de under 26 har omtrent like mange brukt cannabis. Andelen som rapporterer å ha brukt flere av rusmidlene er høyest blant de under 26 og faller med alderen. Dette inkluderer cannabis, amfetamin, kokain, andre sentralstimulerende, heroin, andre opioider, hypnotika og sedativa (benzodiazepiner) og hallusinogener. Det er noen kjønnsforskjeller. Med unntak av alkohol oppgir en større andel menn å ha brukt de ulike rusmidlene.

Kjønnsforskjellene er størst når det kommer til cannabis og kokain.

Tabell 27 Primært rusmiddel

Primært rusmiddel	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	19 %	24 %	29 %	27 %	25 %	26 %	25 %
Alkohol	15 %	33 %	48 %	66 %	38 %	42 %	36 %
Cannabis	33 %	17 %	6 %	1 %	15 %	12 %	16 %
Amfetamin	5 %	9 %	8 %	1 %	7 %	6 %	8 %
Kokain	15 %	7 %	1 %	0 %	6 %	3 %	7 %
Andre sentralstimulerende	2 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %
Heroin	2 %	2 %	2 %	0 %	2 %	2 %	2 %
Metadon	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Subutex/Suboxone	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %
GHB/GBL	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
Andre opioider	0 %	1 %	2 %	3 %	1 %	2 %	1 %
Hypnotika og sedativa (benzodiazepiner)	7 %	4 %	2 %	2 %	4 %	4 %	4 %
Hallusinogener	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Løsemidler	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Anabole androgene steroider	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Andre syntetiske rusmidler (legal highs)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Annet	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

38% av pasientene oppgir alkohol som sitt primære rusmiddel og 15% oppgir cannabis. Her er det en del variasjoner på tvers av alder og kjønn. Andelen som oppgir alkohol som sitt primære rusmiddel øker med alderen, mens andelen som oppgir cannabis og kokain synker med alderen. Sammenlignet med menn har en høyere andel kvinner alkohol som sitt primære rusmiddel, mens en høyere andel menn oppgir cannabis og kokain. Svarprosenten på spørsmålet er noe lav (75%).

Tabell 28 Andel som har injisert

Injisert	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	16 %	21 %	20 %	22 %	20 %	20 %	20 %
Nei	65 %	51 %	57 %	71 %	58 %	63 %	56 %
Ja	19 %	27 %	22 %	6 %	22 %	18 %	23 %
Ønsker ikke svare	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %

Over to tredjedeler av pasientene svarer at de ikke har injisert. Andelen som har injisert er høyest i aldersgruppen 26-39 og flere menn enn kvinner svarer at de har injisert. 20% har ikke besvart spørsmålet.

Tabell 29 Tidligere overdose/alkoholforgiftning

Overdose	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	3 %	5 %	6 %	3 %	5 %	6 %	5 %
Nei	50 %	55 %	63 %	70 %	58 %	58 %	58 %
Ja	47 %	39 %	30 %	26 %	36 %	36 %	37 %
Ønsker ikke svare	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %

I snitt svarer 58% at de ikke har hatt tidligere overdose eller alkoholforgiftning. Andelen som svarer at de har hatt tidligere overdose eller alkoholforgiftning er høyest i aldersgruppen under 26 år med 47% og synker med alderen.

### 2.3.1.5 Behandling og motivasjon

Tabell 30 Andel som har vært i behandling tidligere

Behandling	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	67 %	43 %	38 %	43 %	46 %	49 %	45 %
Nei	7 %	3 %	3 %	1 %	4 %	5 %	3 %
Ja	26 %	53 %	59 %	56 %	50 %	45 %	52 %

Halvparten av pasientene svarer at de har vært i behandling tidligere, men samtidig er svarprosenten på spørsmålet lav. I snitt har 46% ikke besvart spørsmålet og i den yngste aldersgruppen er det 67% som ikke har svart. Det er flere menn enn kvinner som svarer at de har vært i behandling tidligere, men svarprosenten er samtidig noe lavere for kvinner. Den lave svarprosenten kombinert med få nei-svar kan indikere at behandlere lar spørsmålet stå ubesvart hvis pasientene ikke har vært i behandling tidligere.

Tabell 31 Motivasjon for å endre rusvaner

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

klare å endre din rusmiddelbruk?							
Hvor klar er du til å endre din rusmiddelbruk?	8	9	9	9	9	9	9

Pasientene oppgir jevnt over å være motivert for å endre rusvanene sine. Den yngste gruppen skårer noe lavere på om de opplever rusmidler som et problem og hvor klare de er til å endre sin rusmiddelbruk, sammenlignet med de andre aldersgruppene. Skårene er ellers relativt like på tvers av alder og kjønn.

### 2.3.2 Informasjon om målepunktregistreringer

#### 2.3.2.1 Kartlegging, utredning og behandling

Tabell 32 Kartlegginger/utredninger som er gjort ferdig i perioden siden forrige registrering

Kartlegginger/utredninger	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ingen nye kartlegginger/utredninger gjort ferdig siden forrige registrering	19 %	27 %	31 %	28 %	27 %	26 %	28 %
Kartlegging av mestringsferdigheter og ressurser, eget tiltak	25 %	38 %	30 %	30 %	33 %	33 %	33 %
Kartlegging av mestringsferdigheter og ressurser, andre	1 %	1 %	1 %	3 %	1 %	1 %	1 %
Kartlegging/utredning psykisk helse, eget tiltak	33 %	47 %	41 %	38 %	42 %	46 %	40 %
Kartlegging/utredning psykisk helse, andre	3 %	5 %	4 %	5 %	4 %	6 %	3 %
Utredning av skadelig bruk/avhengighet av rusmidler, eget tiltak	25 %	38 %	34 %	41 %	35 %	36 %	34 %
Utredning av skadelig bruk/avhengighet av rusmidler, andre	2 %	3 %	1 %	1 %	2 %	3 %	2 %
Vurdering av risiko for behandlingsavbrudd, eget tiltak	25 %	34 %	29 %	26 %	30 %	34 %	29 %
Vurdering av risiko for behandlingsavbrudd, andre	1 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %
Utredning av risikofaktorer knyttet til injisering, eget tiltak	7 %	16 %	10 %	3 %	11 %	13 %	11 %
Utredning av risikofaktorer knyttet til injisering, andre	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Kartlegging somatisk helse, eget tiltak	30 %	43 %	38 %	40 %	39 %	42 %	38 %
Kartlegging somatisk helse, andre	14 %	19 %	19 %	22 %	18 %	22 %	17 %
Kartlegging sosiale forhold, eget tiltak	33 %	47 %	40 %	40 %	42 %	45 %	41 %
Kartlegging sosiale forhold, andre	1 %	4 %	3 %	3 %	3 %	4 %	3 %

For 27% av pasientene er det ikke gjort ferdig noen nye kartlegginger eller utredninger siden forrige registrering. Aldersgruppen 26-39 år har jevnt over vært gjennom flest kartlegginger og utredninger.

De vanligste utredningene er innen psykisk helse, sosiale forhold, somatisk helse og bruk/avhengighet av rusmidler.

Tabell 33 Behandling gitt i egen enhet siden forrige registrering

Behandling	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Poliklinisk behandling	9 %	19 %	22 %	29 %	19 %	20 %	19 %
Dagbehandling	1 %	1 %	2 %	0 %	1 %	2 %	1 %
Døgnbehandling akutt	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %
Døgnbehandling inntil 3 måneder	15 %	15 %	21 %	28 %	18 %	17 %	19 %
Døgnbehandling over 3 måneder	30 %	48 %	32 %	24 %	38 %	43 %	36 %
Oppsøkende behandling	0 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %

Samlet sett er døgnbehandling er den vanligste behandlingen, fordelt mellom inntil 3 måneder (18%) og over 3 måneder (38%). Deretter følger poliklinisk behandling med 19%. Statikken reflekterer at døgnavdelinger i større grad registrerer i Kvarus.

Tabell 34 Innhold i behandlingen i egen enhet siden forrige registrering

Innhold i behandling	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Avrusning	6 %	8 %	7 %	13 %	8 %	8 %	8 %
Stabilisering	30 %	34 %	30 %	26 %	31 %	35 %	30 %
Akutt- og krisebehandling	4 %	4 %	3 %	3 %	3 %	4 %	3 %
Motivasjon for begrensning/rusfrihet	44 %	60 %	46 %	56 %	52 %	55 %	51 %
Avhengighetsbehandling	41 %	59 %	55 %	57 %	55 %	54 %	55 %
Arbeid med risikofaktorer knyttet til injisering	3 %	5 %	3 %	0 %	3 %	4 %	3 %
Informasjon om overdosefare	19 %	19 %	13 %	8 %	16 %	19 %	15 %
Somatisk behandling	41 %	58 %	48 %	52 %	52 %	52 %	51 %
Arbeid med sosiale forhold	44 %	62 %	51 %	46 %	55 %	56 %	54 %
Behandling psykisk helse	35 %	47 %	32 %	36 %	39 %	44 %	37 %

Innholdet i behandlingen reflekterer tverrfagligheten i TSB. De vanligste behandlingene er avhengighetsbehandling (55%), arbeid med sosiale forhold (55%), motivasjon for begrensning/rusfrihet (52%) og somatisk behandling (52%). Den tydeligste aldersforskjellen er at fleste behandlingsinnhold stiger med alderen. Et unntak er informasjon om overdosefare som synker med økt alder. Kjønnforskjellene er små, men kvinner mottar i noe mindre grad behandling innen psykisk helse.

Tabell 35 Behandlingsmodell, egen enhet

Behandlingsmodell	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ikke svart	51 %	26 %	33 %	25 %	32 %	28 %	33 %
Terapeutiske samfunn	5 %	5 %	4 %	4 %	4 %	4 %	5 %
Medlever kollektiv	6 %	5 %	2 %	0 %	3 %	3 %	4 %
Tolvtrinnsmodellen	1 %	3 %	8 %	8 %	5 %	7 %	4 %
Annen modell	22 %	28 %	28 %	31 %	27 %	30 %	26 %
Ingen modell	17 %	34 %	26 %	33 %	28 %	28 %	28 %

Majoriteten oppgir å bruke annen modell (31%) eller ingen modell (33%). Bruk av tolvtrinnsmodellen øker med økende alder. Svarprosenten er relativt lavt (68%).

Tabell 36 Innhold i behandling gitt av andre, siden forrige registrering

Innhold i behandling	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Avrusning	5 %	6 %	7 %	6 %	6 %	10 %	5 %
Stabilisering	2 %	4 %	5 %	3 %	4 %	4 %	4 %
Akutt- og krisebehandling	2 %	2 %	3 %	1 %	2 %	3 %	2 %
Motivasjon for begrensning/rusfrihet	7 %	8 %	9 %	10 %	9 %	11 %	8 %
Avhengighetsbehandling	6 %	7 %	6 %	4 %	6 %	8 %	6 %
Arbeid med risikofaktorer knyttet til injisering	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %	2 %	1 %
Informasjon om overdosefare	1 %	2 %	2 %	0 %	2 %	2 %	2 %
Somatisk behandling	11 %	19 %	13 %	15 %	15 %	20 %	13 %
Arbeid med sosiale forhold	12 %	14 %	11 %	9 %	12 %	17 %	10 %
Behandling psykisk helse	5 %	6 %	4 %	9 %	5 %	9 %	4 %

Somatisk behandling (15%) er den vanligste behandlingen gitt av andre, etterfulgt av arbeid med sosiale forhold (12%). Kvinner mottar i større grad behandling innen psykisk helse, somatisk behandling og avrusning.

Tabell 37 Medikamentell behandling siden forrige registrering

Medikamentell behandling	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ingen medikamentell behandling siden forrige registrering	21 %	32 %	29 %	36 %	29 %	29 %	30 %



Midler ved opioidavhengighet (burprenorfin, metadon, kombinasjoner)	2 %	9 %	8 %	3 %	7 %	7 %	7 %
Midler ved alkoholavhengighet (disulfiram, akamprosat, naltrekson, nalmefen)	2 %	4 %	5 %	11 %	5 %	7 %	4 %
Medikamentell behandling med antipsykotika	10 %	14 %	8 %	10 %	11 %	13 %	10 %
Medikamentell behandling med stemningsstabiliserende	3 %	4 %	7 %	5 %	5 %	7 %	5 %
Medikamentell behandling med Antidepressiva	12 %	9 %	14 %	15 %	12 %	16 %	10 %
Medikamentell behandling med Anxiolytika, hypnotika og sedativa	6 %	9 %	10 %	11 %	9 %	11 %	9 %
Medikamentell behandling med Ritalin og liknende	7 %	12 %	8 %	3 %	9 %	10 %	8 %
Medikamentell behandling med Annet	20 %	28 %	24 %	25 %	25 %	29 %	23 %
Er det foretatt en systematisk gjennomgang av legemiddelbruk?	30 %	46 %	49 %	50 %	45 %	49 %	44 %

Medikamentell behandling er utbredt, bare 29% har ikke mottatt medikamentell behandling. Antidepressiva (12%) og antipsykotika (11%) er de to vanligste typene medikamentell behandling, men er begge mindre enn annet-kategorien. Det er vanlig med systematiske gjennomganger (45%), og andelen øker med stigende alder. Det er små kjønnsforskjeller, men kvinner mottar i noe større fra behandling med antidepressiva og antipsykotika.

Tabell 38 Oppfølging fra andre siden forrige registrering

Oppfølging	Alder				Gj. snitt	Kjønn	
	Under 26	26-39	40-59	60 og over		Kvinner	Menn
Ingen oppfølging siden forrige registrering/inntak	10 %	15 %	16 %	19 %	15 %	11 %	17 %
Oppfølging fra fastlege	16 %	26 %	31 %	41 %	27 %	31 %	26 %
Oppfølging fra kommunal rus- og psykisk helsetjeneste, inkl. døgntilbud	16 %	27 %	17 %	25 %	22 %	25 %	20 %
Oppfølging fra NAV	31 %	40 %	23 %	13 %	30 %	35 %	28 %
Oppfølging fra frivillige organisasjoner, selvhjelpsgrupper, støttegrupper og/eller likemenn	4 %	7 %	8 %	14 %	8 %	10 %	7 %
Kontakt med egen familie/venner	31 %	39 %	33 %	35 %	35 %	42 %	33 %
Oppfølging fra øvrige kommunale tjenester	11 %	7 %	9 %	6 %	8 %	11 %	7 %
Oppfølging fra spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern	2 %	5 %	2 %	3 %	3 %	5 %	3 %

Oppfølging fra spesialisthelsetjeneste TSB	12 %	18 %	18 %	14 %	17 %	21 %	15 %
Oppfølging fra annen spesialisthelsetjeneste	3 %	3 %	3 %	9 %	3 %	4 %	3 %
Oppfølging fra andre private helse- og omsorgstjenester	1 %	1 %	3 %	1 %	2 %	3 %	1 %
Oppfølging fra kriminalomsorg	2 %	9 %	6 %	0 %	6 %	4 %	7 %
Oppfølging fra arbeidsgiver	4 %	7 %	8 %	4 %	7 %	6 %	7 %

Oppfølging fra andre reflekterer tverrfagligheten i TSB. NAV (30%) og egen familie/venner (35%) er de vanligste oppfølgningene gitt av andre. Oppfølging fra NAV øker fra den yngste aldersgruppen til den nest yngste, men faller så markant med økende alder. Det er visse kjønnsforskjeller. Menn har i større grad oppfølging fra kriminalomsorgen og ingen oppfølging. Kvinner har større grad oppfølging fra en rekke andre tiltak, som fastlege, kommunale tjenester, NAV og egen familie/venner.

# DEL 2

## Administrative opplysninger

### 3 Registerbeskrivelse

<b>Bakgrunn for registeret</b>	Det er et stort behov for kunnskap som kan bidra til å heve kvaliteten på tjenestene som tilbys personer med skadelig bruk eller avhengighet i Norge. Et kvalitetsregister er sterkt ønsket fra offentlige myndigheter, som tidligere har kommet til uttrykk både i Regjeringens forslag til Opptrappingsplan for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) og i Nasjonal helse- og sykehusplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).
<b>Type register</b>	Kvarus er en kombinasjon av diagnose- og tjenesteregister.
<b>Årstall etablert</b>	2020
<b>Årstall nasjonal godkjenning</b>	2018
<b>Årstall for start av datainnsamling</b>	2020
<b>Registerets formål</b>	Kvarus skal gjennom statistikker, analyser og forskning danne grunnlag for kvalitetsforbedring av helse- og omsorgstjenesten. Opplysninger som er samlet inn, kan også brukes til planlegging, styring og beredskap i helse- og omsorgstjenesten og i helse- og omsorgsforvaltningen. Opplysningene kan også brukes som data i forskning. Kvarus er utformet slik at det også kan danne grunnlag for kvalitetsforbedring på lokalt tjenestenivå. Opplysninger samlet inn lokalt (innenfor en Juridisk virksomhet eller innregistrerende enhet) vil være tilgjengelig for analyser og gjennom resultatpresentasjoner, og vil dermed kunne brukes til å evaluere og utvikle de lokale tjenestene.
<b>Analyser som belyser registerets formål</b>	Registeret har definert 9 kvalitetsindikatorer. 6 av disse er beregnet for 2023 og presentert på virksomhetsnivå. I tillegg presenteres et bredt utvalg av variabler brutt ned etter kjønn og alder.
<b>Juridisk hjemmelsgrunnlag</b>	Forskrift om medisinske kvalitetsregistre
<b>Databehandler</b>	Norsk helsenett
<b>Databehandlingsansvarlig</b>	Helse Stavanger HF
<b>Faglig leder/ registersekretariat med kontaktinformasjon</b>	<b>Registerleder:</b> <i>Ole Bergesen, epost: <a href="mailto:ole.bergesen@sus.no">ole.bergesen@sus.no</a></i>  <b>Registerkoordinator:</b> <i>Janne Årstad, epost: <a href="mailto:janne.arstad@sus.no">janne.arstad@sus.no</a></i>
<b>Fagrådets medlemmer</b>	<b>Leder:</b> <i>Kristin Tømmervik, Helse Midt-Norge HF epost: <a href="mailto:kristin.tommervik@stolav.no">kristin.tommervik@stolav.no</a></i>  <b>Medlemmer:</b> <i>Haakon Holmberg, Kirkens Bymisjon A-senteret epost: <a href="mailto:Haakon.Holmberg@bymisjon.no">Haakon.Holmberg@bymisjon.no</a></i>  <i>John Kåre Vederhus, Helse Sør-Øst HF epost: <a href="mailto:john-kare.vederhus@sshf.no">john-kare.vederhus@sshf.no</a></i>  <i>Erlend Djup Wittrup, Helse Bergen HF epost: <a href="mailto:erlend.wittrup.djup@helse-bergen.no">erlend.wittrup.djup@helse-bergen.no</a></i>  <i>Linn Nygård, Helse Midt-Norge HF</i>

	<p>epost: <a href="mailto:Linn.Nygaard@stolav.no">Linn.Nygaard@stolav.no</a></p> <p>Geir Hugo Bolle, Helse Nord-Norge HF epost: <a href="mailto:Geir.Hugo.Bolle@unn.no">Geir.Hugo.Bolle@unn.no</a></p> <p>Tommy Sjøffjell, A-Larm epost: <a href="mailto:tommys@a-larm.no">tommys@a-larm.no</a></p> <p>Stian Johansen, Barn av Rusmisbrukere epost: <a href="mailto:stian@barnavrus.no">stian@barnavrus.no</a></p> <p>Yngvar Thorjussen (lege), Blå Kors Klinikk Skien epost: <a href="mailto:yngvar.thorjussen@blakors.no">yngvar.thorjussen@blakors.no</a></p> <p>Patrik Nilsen (psykolog), Universitetssykehuset Nord-Norge HF epost: <a href="mailto:patrik.nilsen@unn.no">patrik.nilsen@unn.no</a></p> <p>Janne Fagerheim (sosionom), St. Olavs Hospital HF epost: <a href="mailto:janne.sether.fagerheim@stolav.no">janne.sether.fagerheim@stolav.no</a></p> <p>Jan Gunnar Skoftedalen, Rusfeltets hovedorganisasjon epost: <a href="mailto:jan.gunnar.skoftedalen@rusfeltet.no">jan.gunnar.skoftedalen@rusfeltet.no</a></p> <p>Jørgen G. Bramness, FHI epost: <a href="mailto:jorgengustav.bramness@fhi.no">jorgengustav.bramness@fhi.no</a></p> <p>Karoline Tolo Rollag, NK-TSB epost: <a href="mailto:karoro@ous-hf.no">karoro@ous-hf.no</a></p>
<p><b>Aktivitet i fagrådet</b></p>	<p><b>Antall møter gjennomført i rapporteringsåret: 2</b></p> <p><b>Saker fagrådet har arbeidet med:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsrapport</li> <li>• Dekningsgrad og dekningsgradsanalyse</li> <li>• Kvalitetsindikatorer</li> <li>• Tiltak for utvikling av registeret</li> <li>• Strategi Kvarus 2028</li> <li>• Sammensetning av fagråd</li> <li>• Engelsk registernavn og forkortelse</li> </ul>
<p><b>Inklusjonskriterie</b></p>	<p>Nye behandlingsforløp i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for pasienter med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (F10-F19 i diagnosesystemet ICD-10)</p>
<p><b>Metode for datafangst</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basisregistrering (fra 2020) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Registreres i virksomheter hvor pasienten starter opp behandling i TSB</li> <li>○ Besvares av både behandler og pasient</li> </ul> </li> <li>• Målepunktregistrering (fra 2020) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Registreres i virksomheter hvor pasienten mottar behandling gjennom sitt behandlingsforløp i TSB</li> <li>○ Besvares av både behandler og pasient</li> </ul> </li> <li>• Avslutningsregistrering (2020) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Registreres av virksomheter hvor pasienter skrives ut fra behandlingsforløp i TSB</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Besvares av både behandler og pasient</i></li> <li>• <i>1 års oppfølging (fra 2020)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Automatisk utsending av PROM skjema via Helse Norge (fra 2023), 1 år etter avbrutt/avsluttet behandling</i></li> <li>○ <i>Besvares av pasient</i></li> </ul> </li> </ul>
<b>Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start</b>	Kvarus benytter Medisinsk registreringssystem (MRS) som teknisk plattform og selvbetjeningsmodulen FALK for tilgangsstyring og pålogging. Løsningen er levert av Helse Midt-Norges teknologiforetak (HEMIT) og driftes av Norsk Helsenett. Løsningen har vært i drift siden januar 2020.
<b>Metadata</b>	Under arbeid.
<b>Innsynsløsning</b>	Kvarus har innsynsløsning via Helsenorge fra 2022.
<b>Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret</b>	1995 basisskjema (289 er levert for å gå direkte til målepunkt, se 4.1 for detaljer) 2466 målepunkt. 2544 pasienter.
<b>Totalt antall pasienter/skjema/hendelser</b>	5330 basisskjema (603 er levert for å gå direkte til målepunkt, se 4.1 for detaljer) 6877 målepunkt. 5692 pasienter.
<b>Stadium og nivå</b>	Stadium 2C.

## 4 Datakvalitet

### 4.1 Tilslutning og antall registreringer

38 (79%) av 48<sup>1</sup> virksomheter registrerer i Kvarus. Alle helseregioner har tiltak innen TSB og alle helseregioner rapporterer data til Kvarus. I tabellen nedenfor er det to kolonner med basisopplysninger. Den første er for basisskjema som er fylt ut etter ordinære regler for utfylling. Den andre er for basisskjema fylt ut med funksjonaliteten «Gå direkte til målepunkt». Denne funksjonaliteten brukes når behandler skal registrere målepunkt på en pasient som mangler basisskjema. Dette er nødvendig fordi logikken er bygget opp slik at alle målepunkt må være knyttet til et basisskjema.

Tabell 39 Registreringer per virksomhet

Juridisk virksomhet	Målepunkt	Basis	Basis med kun målepunkt	Registreringer totalt
Nasjonalt	2466	1706	289	4461
Akershus universitetssykehus	Leverer ikke data			
Blå Kors Haugaland A-senter	72	23	41	136
Blå Kors klinikk Lade	144	36	7	187
Blå Kors klinikk Skien	37	54	0	91
Blå Kors klinikk Tjeldsund	46	31	2	79
Blå Kors Loland Behandlingssenter	139	31	1	171
Blå Kors Øst	17	27	6	50
Diakonhjemmet sykehus	Leverer ikke data			
Finnmarkssykehuset HF	17	15	0	32
Frelsesarmeen	11	9	0	20
Helgelandssykehuset HF	Leverer ikke data			
Helse Bergen HF	65	82	1	148
Helse Fonna HF	0	6	0	6
Helse Førde HF	Leverer ikke data			
Helse Møre og Romsdal HF	216	128	4	348
Helse Nord Trøndelag HF	69	75	1	145
Helse Stavanger HF	216	492	20	728
Kirkens Bymisjon Oslo	79	59	1	139
Kvinnekollektivet Arken	4	5	0	9
Lovisenberg Diakonale sykehus	Leverer ikke data			
Nordlandssykehuset HF	Leverer ikke data			
Origosenteret	16	5	18	39
Oslo universitetssykehus HF	11	3	2	16
Rogaland A-senter	2	5	0	7
Samtun	103	20	0	123
Skjelfoss Psykiatriske Senter TSB	3	2	0	5

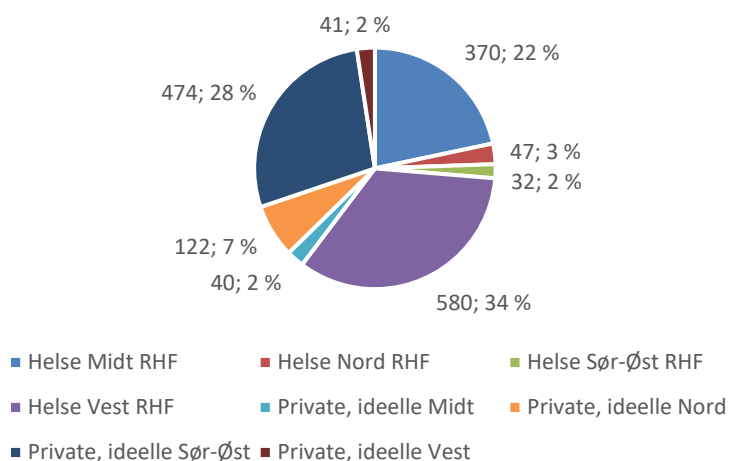
<sup>1</sup> Det er mange virksomheter som tilbyr tjenester innen TSB og det er stadige endringer. Vi har brukt en liste med 47 TSB-virksomheter fra NK-TSB for å beregne tilslutning. I tillegg var det en virksomhet som ble lagt ned i løpet av året ved utløp av avtale. Totalt 48 virksomheter. Antallet virksomheter er betydelig redusert fra 2022, etter at ordningen med fritt behandlingsvalg (FBV) ble avvirket 1. januar 2023.

St. Olavs hospital HF	157	167	10	334
Stiftelsen Crux	30	13	8	51
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	40	14	5	59
Stiftelsen Fossum-kollektivet	45	33	1	79
Stiftelsen Fredheim	1	8	1	10
Stiftelsen Incognito klinikk	6	20	0	26
Stiftelsen Manifestsenteret	42	8	15	65
Stiftelsen Phoenix	103	39	0	142
Stiftelsen Renåvangen	9	13	2	24
Stiftelsen Riisby Behandlingscenter	64	23	3	90
Stiftelsen Solliakollektivet	12	23	1	36
Stiftelsen Valdresklinikken	34	16	0	50
Sykehuset i Vestold	0	28	0	28
Sykehuset Innlandet HF	1	1	0	2
Sykehuset Telemark	Leverer ikke data			
Sykehuset Østfold	Leverer ikke data			
Sørlandet Sykehus HF	Leverer ikke data			
Trasoppklinikken	122	85	11	218
Tyrilistiftelsen	373	31	119	523
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	48	32	7	87
Veslelien	112	44	2	158
Vestre Viken	Leverer ikke data			

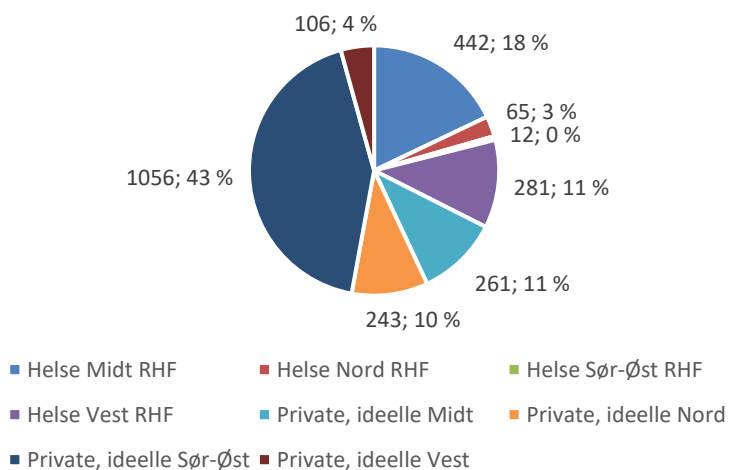
---



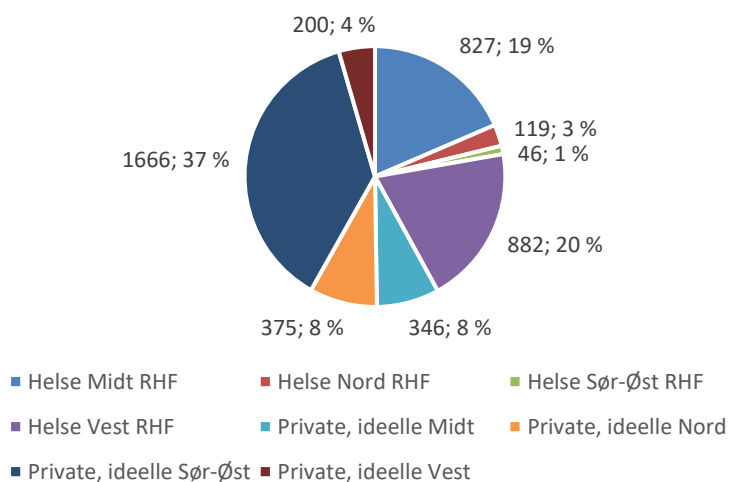
Figur 1: Basisregistrering 2023 per opptaksområde



Figur 2: Målepunktregistreringer 2023 per opptaksområde



Figur 3: Basis, kun målepunkt og målepunkt 2023 per opptaksområde



## 4.2 Dekningsgrad og responsrate

Dekningsgradsanalyse for Kvarus ble bestilt 8. desember 2022. Arbeidet omfatter dekningsgrad for årene 2020-2023. Pr. 1. august 2024 pågår arbeidet fortsatt. Prosessen har trukket ut pga. forhold på Helsedirektoratet og FHI sin side. Vi regner ikke med å etterlevere dekningsgradsanalyse innen 15. september 2024.

Dekningsgrad for Kvarus har vært tema på to møter i interregionalt fagdirektørmøte i løpet av 2023. Først i april da Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ba RHF-ene redegjøre for deres strategi for å implementere registeret. Så i november (sak 219-2023), da det ble truffet følgende konklusjon: «Tidsramme for måloppnåelse av dekningsgrad utvides med 2 år.». Registerledelsen tolker dette som at kravet om 80% dekningsgrad først må være oppfylt i syvende (2026) driftsår for å beholde nasjonal status.

### 4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

Metode for beregning av dekningsgrad er ikke endelig fastsatt. I prosessen med dekningsgrad for 2020-2023 er det likevel gjort en del foreløpige avklaringer.

- Grunnlag for analysen er identifiserte uttrekk av hhv. Kvarus og NPR.
- For hvert av Kvarus og NPR reduseres uttrekket til en årlig observasjon pr pasient i en gitt virksomhet.
- Selve ligningen blir:
  - Teller: Årlig observasjon av pasient i virksomhet fra Kvarus
  - Nevner: (Årlig observasjon av pasient i virksomhet fra Kvarus) + (Årlig observasjon av pasient i virksomhet fra NPR)

### 4.2.2 Responsrate for pasientrapporterte data

Kvarus er utarbeidet slik at alle spørsmål til pasient inngår som en egen del i alle skjemaer i Kvarus (Del 2 (pasientsvar)). I all hovedsak fyller pasienten ut Del 2 under konsultasjon med behandler. Enkelte virksomheter har i rapporteringsåret innført rutiner hvor Del 2 sendes ut som PROM skjema via Helsenorge eller link/passord ved opprettelse av skjema i Kvarus, andre virksomheter sender ut PROM skjema til pasienter de mener denne løsningen passer for. Det er derfor stor variasjon i hvordan virksomhetene innhenter pasientsvar.

I 2023 ble det sendt ut totalt 1095 PROM skjema via helsenorge.no eller link/passord, hvorav 539 ble besvart. Det gir en responsrate på 49%. Per i dag er det ikke teknisk mulig å koble rapportene over utsendte PROM skjema til virksomhet.

## 4.3 Vurdering av datakvalitet

Datakvalitet er vurdert etter kompletthet. Det er planlagt analyser av korrekthet og reliabilitet i prosjekter som er på søknadsstadiet

### 4.3.1 Kompletthet

Variabel	Mangler verdi (n)	Skulle hatt Verdi (N)	Kompletthet	Skjema
Kjønn	0	4172	100 %	Begge
Alder	0	4172	100 %	Begge

Bo/Samvær med barn	59	1706	97 %	Basis
Bolig	53	1706	97 %	Basis
Utdanning	69	1706	96 %	Basis
I arbeid eller aktivitet	128	1706	92 %	Basis
Livssituasjon	83	1706	95 %	Basis
SCL-10	139	1706	92 %	Basis
BMI	166	1706	90 %	Basis
Røyking	129	1706	92 %	Basis
Fysisk aktivitet	224	1706	87 %	Basis
Alder første gang ruset	140	1706	92 %	Basis
Primært rusmiddel	428	1706	75 %	Basis
Sprøyte	340	1706	80 %	Basis
Overdose	88	1706	95 %	Basis
Tidligere behandling	788	1706	54 %	Basis
Behandlingsmodell	155	1812	91 %	Aktive Målepunkt
Spesialistkompetanse	0	38	100 %	Strukturdata fra NK-TSB
Tverrfaglighet	0	38	100 %	Strukturdata fra NK-TSB
Behandlingsplan	0	825	100 %	Første målepunkt, hvis aktivt
Kriseplan	0	825	100 %	Første målepunkt, hvis aktivt
Utbytte av behandling	0	1812	100 %	Aktive Målepunkt
Fullført behandling	0	575	100 %	Avsluttende målepunkt

Komplettheten er jevnt over høy. Pasientsspørsmål som er vanskeligere å besvare har noe lavere kompletthet, som BMI (90%) og fysisk aktivitet (87%). Spørsmål som indikerer omgang bruk av narkotika har markant lavere kompletthet; primært rusmiddel (75%) og bruk av sprøyte (80%). Lavest kompletthet har behandlerspørsmålet om tidligere behandling (54%). Dette er et ja/nei-spørsmål, så den lave komplettheten kan skyldes at behandler ikke vet.

## 5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

### 5.1 Identifiserte forbedringsområder

- Behov for kvinnespesifikke behandlingstilbud i Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) ved Stavanger universitetssjukehus (siteringer er lagt til):

*Data fra basiskartlegging i Kvarus, gjennomført i Inntak- og oppstartsteamet (IO-teamet) i Helse Stavanger, viste fra perioden 01.01.20 frem til 06.05.22 store kjønnsforskjeller i pasientpopulasjonen. Kjønnsforskjellene var spesielt relatert til opplevde negative hendelser og erfaringer og psykisk helse. Data fra Kvarus viste blant annet at langt flere kvinner enn menn hadde opplevd seksuelt misbruk, blitt utsatt for vold, opplevd omsorgssvikt og har oppvekstfamilie med psykiske helseutfordringer, suicidalitet og rusmiddelbruk. Kartlegging av psykisk helse (SCL-10) viste videre at 73,4% av kvinnene og 57% av mennene hadde behov for videre utredning av sin psykiske helse.*

*Utvikling av kjønnsespesifikke behandlings- og oppfølgingstilbud fremheves i St.meld. nr. 69 (1991-1991) (Sosialdepartementet, 1992) under «Tiltak for rusmiddelmisbrukere», NOU 2023:5 «Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydning av kjønn for helse» (Kvinnehelseutvalget, 2023) og Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2016).*

*På bakgrunn av data fra Kvarus og nasjonale anbefalinger ble det i 2022 etablert et forbedringsprosjekt. Målsetting var å øke kompetansen på kvinnespesifikke utfordringer og utvide grunnlaget for å utvikle kvinnespesifikke behandlingstilbud ved de ulike enhetene i ARA, ved å ta i bruk og analysere data fra Kvarus-registreringene i Helse Stavanger.*

### 5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

#### Tiltak og resultat

<b>Aktuelt forbedringsområde</b>	<b>Tidsperiode for tiltaket</b>	<b>Hva ble gjort av hvem?</b>	<b>Hvilke resultater ble oppnådd?</b>
Utvikling av kvinnespesifikke behandlingstilbud i Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) ved Stavanger universitetssjukehus.	Oppstart i 2021, fortsatt pågående.	Alle enhetsledere i ARA ble skolert i LEAN prosjektlederprogram.  ARA etablerte et læringsnettverk basert på Forbedringsmetodikk, bestående av representanter fra alle behandlingseenheter (to ruspoliklinikker, to LAR poliklinikker, ett oppsøkende behandlingsteam, inntak- og oppstartsteamet og to døgneenheter). Formålet med læringsnettverket var å øke kunnskap om kvinner og menns kjønnsespesifikke behov i TSB.	Systematisk kartlegging av traumer ble innført i september 2023 ved hjelp av Traume- og PTSD-screening (TRAPS) i inntak- og oppstarts teamet (IO-teamet) i Helse Stavanger.  I 2023 ble det etablert et felles gruppetilbud for kvinner i poliklinikkene RUPO Stavanger og RUPO Sandnes.  Oppstart av pilotgruppe for kvinner med stabil behandling over siste 3 mnd. i OBS teamet høsten

	<p><b>I regi av læringsnettverket og ledelsen i ARA ble følgende tiltak gjennomført:</b>  Fire heldagssamlinger med opplæring i forbedringsmetodikk og presentasjon av regelmessige uttrekk av data fra Kvarus.</p> <p>Digitale samlinger mellom heldagssamlingene for å opprettholde fokus.</p> <p>Spørreundersøkelser til kvinnelige pasienter, med formål om å identifisere hvilke kvinner som trenger videre utredning av traumer ved innkomst, og behov og ønsker for kvinnespesifikke tiltak.</p> <p>Spørreundersøkelse til menn og kvinner omkring kjønnsespesifikk tilnærming i TSB.</p> <p>Spørreundersøkelse til ansatte om utfordringer og behov for kjønnsespesifikk behandling.</p> <p>Fokusgruppeintervju med to kvinnegrupper (rusfrie 2 år) angående behov for eget døgntiltak for kvinner. Gjennom ved Veksthuset i Rogaland i samarbeid med KORFOR.</p> <p>Kvarus data ble brukt som utgangspunkt for Statuskonferansen i 2023 med tema «Kjønn, rus og avhengighet». Forskere fra Universitetet i Stavanger, KORUS Stavanger og Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) en «for debate» artikkel som skal publiseres i Nordic Studies on Alcohol and Drugs.</p> <p>Evaluering av spørreundersøkelser og arbeid internt i hver enhet.</p> <p><b>Veien videre:</b>  Læringsnettverket fortsetter med halvårige møter for å sikre engasjement og videre</p>	<p>2023.</p> <p>Oppstart av kvinne- og mannsgruppe i 2023 ved Veksthuset i Rogaland, samt kvinnesamlinger.</p> <p>Oppstart av psykoedukativ traumestabiliseringsgruppe for menn og kvinner i LAR poliklinikker, etter modell fra Modum Bad.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>implementering.</p> <p>Sluttføre utredning av behov for eget døgntilbud for kvinner i Helse Stavanger.</p> <p>Videre dialog med forskningsmiljø i Helse Stavanger for å søke å få til følgeforskning på data fra målepunkt i KVARUS, med formål om å vurdere effekt av ulike kvinnespesifikke tiltakene som er etablert i prosjektperioden.</p>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## 6 Formidling av resultater

	<b>Form</b>	<b>Frekvens</b>	<b>Målgruppe/mottakere</b>
1.	Årsrapport - resultatdel	Årlig	Fagmiljø, brukerorganisasjoner, pasienter, ledelse i virksomheter.
2.	Kvalitetsregistre.no  2 strukturindikatorer og 4 prosessindikatorer presenteres for rapporterende virksomheter og nasjonalt.	Årlig	Fagmiljø, brukerorganisasjoner, pasienter, ledelse i virksomheter.
3.	Resultater til registrerende enheter  Standardrapporter for basiskartlegging og tilpassede rapporter med resultater, både egne aggregerte data og nasjonale resultater.	Månedlig og ved behov	Fagmiljø, behandlere, ledelse virksomheter.
4.	Deltakelse i forbedringsprosjekt Utvikling av kvinnespesifikke tiltak i ARA, Helse Stavanger	Ved behov	Ledelse og behandlere
5.	Workshops	2 i 2023	Ledere i TSB, behandlere, Kvarus kontakter, andre interessenter
6.	Innlegg på konferanser	1 i 2023	Forskere

## 7 Samarbeid og forskning

### 7.1 Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

1. Kvarus samarbeider med kvalitetsregistre for psykisk helse voksne.
2. Kvarus samarbeider tett med Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) i Helse Stavanger, både når det gjelder metodikk for integrering av Kvarus, videreutvikling av skjema, pasientrettet forbedringsarbeid og forskning.
3. Registerleder sitter i nasjonalt fagråd for kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og rusbehandling.
4. Kvarus deltar i felles møter med de andre kvalitetsregistrene i Helse Stavanger for å utveksle erfaringer og fremme saker ovenfor ledelsen.

Registerledelsen har ikke evaluert disse samarbeidene.

### 7.2 Datautleveringer fra registeret

Utlevering av data til følgende formål:	2023	2022	2021
Forskning	0		
Kvalitetsforbedring og styringsformål <sup>1</sup>	24		
Andre formål (f.eks. til media)	0		
Totalt	24		

<sup>1</sup>Gjelder blant annet datautlevering etter forespørsel fra HF eller RHF, data til nasjonale indikatorer, Helseatlas o.l.

Registerledelsen fører ikke statistikk over statistikkproduksjon. Et anslag er to større rapporter hver måned og mindre bestillinger et par ganger i uken. I tabellen over har vi brukt 24 for basisrapporter til 14 virksomheter og 10 større regneark som er lagret i interne systemer.

### 7.3 Vitenskapelige artikler

Kvarus har ikke utlevert data til forskningsformål i 2023 og kjenner heller ikke til publiseringer eller presentasjoner.



# Del 3

## Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret

## 8 Referanser til vurdering av stadium

### 8.1 Vurderingspunkter

Tabell 40 Vurderingspunkter for Kvarus og registerets egen evaluering

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering 2023	
			Ja	Nei
<b>Stadium 2</b>				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	4.1	X	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorne på nasjonalt nivå	2.1	X	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	4.2	X	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	6	X	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	<b>Feil! Fant ikke referanse kilden.</b>	X	<input type="checkbox"/>
<b>Stadium 3</b>				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	4.3	X	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	4.2	<input type="checkbox"/>	X
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	X	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	X	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2.1	X	<input type="checkbox"/>
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	<b>Feil! Fant ikke referanse kilden.</b>	X	<input type="checkbox"/>

#### Stadium 4

- |                                                                                                                 |     |                          |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|---|
| 12 Har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er korrekte og reliable                          | 4.3 | <input type="checkbox"/> | X |
| 13 Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80% i løpet av siste to år                                             | 4.2 | <input type="checkbox"/> | X |
| 14 Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no | 6   | <input type="checkbox"/> | X |
| 15 Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig                                                   | 7.3 | <input type="checkbox"/> | X |
| 16 Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)                                      | 2.2 | <input type="checkbox"/> | X |

#### Nivå A, B eller C

##### Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller

Ja

##### Nivå A

- |                                                                                                                                                                                   |     |                          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|--|
| 17 Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret | 5.2 | <input type="checkbox"/> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|--|

##### Nivå B

- |                                                                                                                                                                                           |          |                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------|--|
| 18 Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid | 5.1, 5.2 | <input type="checkbox"/> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------|--|

##### Nivå C

- |                                   |  |  |   |
|-----------------------------------|--|--|---|
| 19 Oppfyller ikke krav til nivå B |  |  | X |
|-----------------------------------|--|--|---|

## 9 Tiltak gjennomført i rapporteringsåret

### 9.1 Strategiprosess

I rapporteringsåret ble det gjennomført en strategiprosess som grunnlag for videre utvikling av Kvarus.

#### 9.1.1 Veivalg for utvikling av registeret

På bakgrunn av lav dekningsgrad siste år ble veivalg for utvikling av registeret skissert og gruppert i tre hovedområder:

##### **Klinisk nytte:**

- Kvarus i journalapplikasjoner
- Felles strukturert rusjournal
- Ombygging av validerte skjema

##### **Automatisk datafangst:**

- Fangst av variabler fra NPR
- Automatisk datafangst av populasjon og forløp
- Reimplementering med automatisk datafangst

##### **Inkrementelle endringer:**

- Reduksjon i omfang og variabler
- Utvidet inklusjon
- Utvidet bruk av PROM
- Samordning med andre registre

Veivalgene ble diskutert i fagrådet og følgende råd ble gitt:

**Klinisk nytte:** Kvarus implementeres i Checkware så snart som mulig. Dersom denne løsningen er vellykket, kan registeret på sikt jobbe videre med å etablere felles strukturert rusjournal. Dagens løsning med innsamling via MRS vil bestå for virksomheter som ikke vil bruke Kvarus klinisk. Tilsvarende bør det være mulig for andre journalapplikasjoner å få innpass.

**Automatisk datafangst:** På sikt skal Kvarus hente populasjon og forløp fra NPR. En slik løsning er avhengig av at det etableres standardiserte løsninger for strukturering av forløp, informasjon til pasienter og utsendelse av skjema. Registeret vil se på erfaringer fra andre registre.

##### **Inkrementelle endringer:**

En gjennomgang av variabler iverksettes med utgangspunkt i registerformål. Målet er at en basisregistrering kan foretas innen en konsultasjon for de fleste pasienter. For målepunkt er det spesielt områdene som overlapper med basis som bør vurderes. Populasjon inkluderes ved automatisk datafangst, og det utarbeides PROM som går til pasienter uavhengig av registrering i Kvarus. Kvarus går i dialog med NPR, Seraf og BAR om muligheter for samordning. En mulighet for Situasjon ved behandlingsstart (SBS) er at basis deles i to, hvor den første delen er lik SBS. Det vil formodentlig være nødvendig med visse justeringer i SBS.

Veivalgene vil legge føringer for utviklingen av registeret i 2024 og fremover. Det sentrale er å finne løsninger som lar seg implementere nasjonalt. Prosessen med å implementere veivalgene vil ta tid.

### 9.2 Implementering i virksomhetene

Erfaringsmessig har mange virksomheter en for rigid tilnærming til registreringsarbeidet, noe som kan virke hemmende. I dialog med virksomhetene har vi lagt større vekt på de har fleksibilitet i hvordan de gjennomfører Kvarus. Fleksibiliteten som er vektlagt, er i hovedsak for å spare behandlere for bruk av konsultasjonstiden med pasient til registreringsaktivitet. Dette kan gjøres ved å fylle ut behandler delen (Del 1) før eller etter konsultasjon, utsending av PROM for pasientdelen (Del 2), interne rutiner for oppfølging av manglende svar via PROM og mer fleksible definisjoner på hyppighet mellom registreringer.

I døgntiltak med god registreringspraksis ser vi at det registreres i overkant mange målepunkt. I dialog med disse virksomhetene har vi kommunisert at for døgntiltak med 3-4 måneders varighet er det viktigste å få ett målepunkt i begynnelsen, ett midt i, og ett ved avslutning av døgntiltak.

### 9.3 Revisjoner

I rapporteringsåret gjennomgikk registeret to revisjoner. En mindre revisjon i begynnelsen av året, og en svært omfattende revisjonsprosess som gikk høsten 2023.

#### 9.3.1 Forbedring av funksjonaliteter og automatisering av 1 års oppfølging

Ulike funksjoner ble forbedret, herunder varslingsfunksjon til behandlere, overføring av data mellom registreringer og nye PROM skjemaer som inkluderer alle statuser i registeret. 1 års oppfølging ble automatisert via Helsenorge. Det ble i tillegg gjort mindre endringer i variabler og svaralternativer, etter ønsker fra kliniske miljø. Endringene ble satt i produksjon 16.oktober 2023.

#### 9.3.2 Reduksjon i antall variabler

Høsten 2023 ble en intern arbeidsgruppe nedsatt for en kritisk gjennomgang av variabler i registeret. Forslag til kutt i variabler ble sendt på høring til fagrådet og til kliniske virksomheter med god registreringsaktivitet (Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF, Tyrilistiftelsen, Blå Kors Skien, St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF). Innspill ble mottatt og diskutert før et endelig forslag forelå. Etter endt høringsrunde ble det besluttet at 190 variabler skulle fjernes. Halvparten anses å være spesielt tidkrevende.

Registerledelsen informerte om endringene i et nasjonalt webinar 18.januar 2024. Endringene ble satt i produksjon 31. januar samme år og er forventet å ha betydelig innvirkning på tidsbruken på registreringene.

### 9.4 Nasjonalt Kvarus seminar for ledere i TSB

28. august 2023 arrangerte Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest, på vegne av Kvarus, et nasjonalt Kvarus seminar for ledere innenfor TSB. Formålet var å diskutere hvordan vi sammen kan øke dekningsgraden for Kvarus. Representanter fra RHF-nettverket, Kvarus, NK-TSB, Fagsenteret for medisinske kvalitetsregistre, Nasjonalt servicemiljø SKDE og ass. fagdirektører i Helse Vest var til stede, i tillegg til representanter fra følgende helseforetak:

- Vestre Viken
- Universitetssykehuset Nord-Norge
- Helse Bergen
- Akershus Universitetssykehus
- Helse Stavanger
- St. Olavs Hospital
- Helse Midt-Norge
- Sørlandet Sykehus
- Helse Nord Norge
- Oslo Universitetssykehus

Ass. fagdirektør i Helse Vest, Panchakulasingam Kandiah presenterte bakgrunn, behov og forankring for kvalitetsregister i TSB. Registerledelsen presenterte status for registeret og videre utvikling, og representanter fra Helse Stavanger HF og Helse Midt-Norge delte erfaringer fra organisering- og implementering. Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre hadde et innlegg om fokus og prioriteringer, før foretakene presenterte status og tiltak for å oppnå økt dekningsgrad i egne virksomheter. Deltakerne deltok deretter i gruppediskusjoner om arbeidet med videre

implementeringen av Kvarus.

Ønske om at Kvarus registreres kan gjøres via journal ble fremmet av mange av virksomhetene.

## 9.5 Helse Vest turne

Etter at HOD etterlyste RHF-ene sin strategi for å oppnå økt dekningsgrad tok Helse Vest initiativ til å besøke alle helseforetak i regionen.

### 9.5.1 Møter med foretak og konkrete tiltak

Høsten 2023 ble det avholdt fysiske møter med alle helseforetakene i Helse Vest (23.august Helse Stavanger HF, 4.september Helse Bergen HF, 4.oktober Helse Fonna HF, 30.oktober Helse Førde HF). På møtene deltok registerledelsen, leder i KORFOR, ass. fagdirektør i Helse Vest og Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre. Helseforetakene var representert med enhetsledere, administrasjon og klinikkledere. Formålet med møtene var økt tilslutning og dekningsgrad.

Helseforetakene ble informert om bakgrunn- og formål med registeret, status for tilslutning og registreringsaktivitet og brev fra HOD om bekymring knyttet til dekningsgrad og nasjonal status. Alle foretak ble orientert om manglende leveranse og behov for å øke registreringsaktivitet, samt muligheten for å lære av implementeringen gjennomført i Helse Midt-Norge og Helse Stavanger. Registerledelsen presenterte følgende konkrete tiltak:

#### Lederoppfølging

- Hver enhet rapporterer månedlig inn til ledergruppen i avdelingen på registreringsaktivitet. Kvarus leverer rapportene.
- Foretakets registreringsaktivitet i Kvarus inngår i rapporteringen til Helse Vest.
- Ansvar for de ulike registreringene legges inn i interne rutiner, prosedyrer og sjekklister.
- Data fra Kvarus benyttes i kvalitetsforbedringsarbeid.
- Register- og kvaruskontakter deltar i regionale nettverk i regi av Kvarus/NK-TSB.

#### Enhetsnivå

- Sørge for at rollene som register- og kvaruskontakt er tildelt de rette personene i foretaket.
- Avklare ansvar mellom de ulike behandlingstiltakene internt for hvem som gjennomfører de ulike registreringene.
- Avklare hvem i hver enhet som skal gjennomføre registreringene (merkantil, ressurspersoner, alle behandlere etc.).

#### Forventninger til- og oppfølging av registreringsaktivitet etter avholdt møte

- Avtale- og gjennomføre opplæring med registerledelsen innen 4 uker.
- Første måned etter gjennomført opplæring: oppstart og full aktivitet.
- Neste tre måneder: full aktivitet og tall fra registerledelsen ved månedsslutt.
- Årsslutt/januar 2024: full aktivitet, månedstall, detaljert statistikk på pasienter og kvalitetssjekk.

### 9.5.2 Tilbakemeldinger fra foretak

Hovedutfordringene med implementering av Kvarus oppleves å være knyttet til registreringsbyrde, dobbeltregistrering, manglende integrasjon til EPJ og behov for automatisert datafangst til Kvarus. På virksomhets- og avdelingsnivå ble det ytret behov for en plan for implementering og sterkere lederforankring- og oppfølging.

### 9.5.3 Oppfølging- og resultater av møter og iverksatte tiltak

I etterkant av møtene med foretakene ble det gjennomført opplæring med i Helse Stavanger HF (11. og 13.september), Helse Fonna HF (31.oktober 2023) og Helse Førde HF (15.januar 2024). Helse

Bergen meldte ingen behov for opplæring.

Ved månedsslutt i oktober, november og desember mottok virksomhetene statistikk over utvikling i registreringsaktivitet. Ved årsslutt var det en positiv effekt i Helse Bergen. RHF-et vil iverksette ytterligere tiltak i 2024.

## 9.6 Tiltak rettet mot virksomheter

### 9.6.1 Fysiske møter

Kvarus har gjennomført fysiske møter med et utvalg av helseforetak. Strategien var å velge større foretak med flere underenheter, og som har et høyt antall pasienter gjennom TSB årlig. Formålet var å styrke samarbeidsrelasjoner til ledelse og klinikere, og diskutere lokale utfordringer, behov og tiltak for økt registreringsaktivitet.

I følgende virksomheter ble det avholdt fysiske møter (dato for gjennomført møte i parentes):

- St. Olavs Hospital (23. juni)
- Helse Bergen (4. september, se punkt 9.2)
- Møre og Romsdal (utsatt til 16. januar 2024)
- Sørlandet sykehus (13. desember)
- Universitetssykehuset Nord-Norge (ikke gjennomført)

Det har blitt gjort flere forsøk på å sette en dato for et møte med Universitetssykehuset Nord-Norge HF. I oktober 2023 informerte foretaket om at implementeringen av Kvarus utsettes til vinteren 2024.

Grunnet et forskningsprosjekt som bruker Kvarus som datainnsamling ble det også gjennomført fysisk møte med Blå Kors Haugaland (22. februar).

### 9.6.2 Workshops

For å styrke samarbeid med tilsluttede foretak som jobber aktivt med implementering og økt registreringsaktivitet, deltok registerledelsen på workshop i Helse Midt Norge (10. mai) og Helse Nord-Trøndelag (7. des).

Foretakene fikk presentert resultater fra egen virksomhet. Det ble også gitt grundig informasjon om registreringsarbeid, inkludering og registrerings tidspunkt, fleksibilitet i registreringer, bruk av avslutningsstatuser i registeret og utvikling av registeret. Det ble også brukt god tid på å svare på spørsmål, dele erfaringer og diskutere behov og løsninger for økt registreringsaktivitet.

### 9.6.3 Regionale nettverk

I samarbeid med NK-TSB arrangerte Kvarus tre regionale nettverkssamlinger: Helse Nord (16. mai), Helse Vest (26. mai) og Helse Sør-Øst (19. oktober). I nettverkssamlingene for Helse Nord og Helse Vest ble deltakere orientert om status for registreringsarbeid, arbeid med- og resultater fra kvalitetsindikatorene og pågående revisjon av registeret. I nettverkssamlingen med Helse Sør-Øst ble resultater fra årsrapporten presentert, og det ble gitt informasjon om pågående revisjon og planer for arbeidet med kutt i antall variabler.

I alle nettverkssamlingene ble registreringsarbeid, fleksibilitet i registreringer og ulike funksjoner fremhevet. Deltakere fikk også mulighet til å stille spørsmål, dele erfaringer og knytte kontakter på tvers av virksomheter.

#### 9.6.4 Generell drift

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

#### 9.6.5 Opplæring

Opplæring er hovedsakelig gitt til tilsluttede virksomheter, som av ulike årsaker melder behov for enten ny generell opplæring eller mer spesifikk opplæring. Følgende virksomheter – og underavdelinger mottok enten digital eller fysisk opplæring i rapporteringsåret:

- St. Olavs Hospital
- Blå Kors Klinikk Haugaland
- Helse Stavanger
- Helse Midt-Norge
- Trasoppklinikken
- Kirkens Bymisjon Origosenteret
- Helse Fonna
- Helse Nord-Trøndelag
- Sørlandet Sykehus

### 9.7 Integrasjon Checkware

Integrasjon til journal har lenge vært etterspurt av kliniske miljø. Det primære formålet med en integrasjon er å øke klinisk nytte av data som samles inn i Kvarus, ved at data kan benyttes i pasientbehandling. I rapporteringsåret ble arbeidet med integrasjon med Checkware videreført og skjema ble utarbeidet. Grunnet planlagt revisjon og kutt i antall variabler i Kvarus høsten 2023, ønsket Checkware å vente med integrasjon til revisjon av Kvarus var gjennomført.

ROS analyse ble påbegynt i 2023. Registeret har fått tildelt utviklingstid og planlagt oppstart av integrasjon etter sommeren 2024.

### 9.8 Dekningsgradsanalyse

Registerledelsen avholdt innledende møte med NPR i februar 2023. NPR har hatt kapasitetsproblemer. Per april 2024 jobber NPR med dekningsgradsanalyse for 2022 og 2023.

### 9.9 Resultatformidling

Registerledelsen har utlevert statistikk på forespørsel fra fagmiljø og ledelse. For å forbedre resultatformidlingen til deltakende virksomheter startet vi arbeidet med å utvikle standardiserte rapporter for målepunktregistreringer. Arbeidet fortsetter i 2024. I tillegg skal Rapporteket brukes til resultatformidling til deltakende virksomheter. Kvarus avventer en felles løsning for MRS-registrene.

### 9.10 Automatisk datafangst

Registerledelsen har utviklet et konsept for automatisk datafangst fra NPR. Behovet er meldt Helse Vest IKT og står i kø for utvikling.

### 9.11 Sammensetning fagråd

Fagrådets sammensetning ble diskutert i fagrådet våren 2023. Basert på innspill konkluderte registerledelsen med å ta inn tre aktive klinikere i fagrådet. Klinikernes reflekterer den faglige sammensetningen av fagfeltet; lege, psykolog og sosionom.



## 9.12 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

### 9.12.1 Utdrag av Ekspertgruppens vurdering av årsrapporten 2022

I ekspertgruppens vurdering av årsrapporten for 2022 oppfordres registeret til å forbedre og kvalitetssikre fremstillingen av resultatene, slik at en enkelt kan få oversikt over antall nyregistrerte pasienter i rapporteringsåret da vil dette utgjøre telleren i dekningsgradsanalyser. Ekspertgruppen påpeker at det er sentralt å angi hvor mange av de innregistrerte pasientene som hadde data på de ulike variablene, særlig kvalitetsindikatorene. Ekspertgruppen påpeker at data er geografisk skjevfordelt og hevder at det i hovedsak er Stavangerregionen som er representert. Videre fremheves det at det er særlig etablering av prosess- og resultatindikatorer som kan følges over tid og på tvers av enheter som vil gjøre registeret egnet til pasientrettet kvalitetsforbedring. Ekspertgruppen fremhever behovet for en helt annen og mer landsdekkende strategi for å øke tilslutning som på sikt kan gi dekningsgrad over 60 %.

Ekspertgruppen vurderer at registeret er i stadium 2C.

### 9.12.2 Registerets oppfølging av ekspertgruppens vurdering

#### **To ulike tall for antall skjema**

Statistikk til årsrapporten for 2022 var en del av den ordinære statistikkproduksjonen våren 2023. Det innebar at statistikk ble generert i to omganger, på grunnlag av to uttrekk fra nasjonal database. Det vil alltid være endringer i nasjonal database over tid, også for tidligere år, etter som pasienter reserverer seg eller gamle skjema blir ferdigstilt. Det førte til at vi opererte med to litt forskjellige tall på antall skjema. I år gjorde vi ett uttrekk av nasjonal database og holdt arbeidet med årsrapporten adskilt fra annen statistikkproduksjon. Samme uttrekk er og grunnlag for aktivitetsdata i dekningsgradsanalysen. Ekspertgruppen etterlyser tall for nye pasienter. Registerledelsen mener det er mest relevant med nye forløp, siden samme pasient kan komme inn til ny behandling. Et problem med dagens løsning for forløpshåndtering er at det blir opprettet et nytt forløp per virksomhet. En løsning for forløpshåndtering på tvers av virksomheter er bestilt fra leverandør. Inntil denne er på plass har vi ikke gode tall for nye forløp i registeret.

#### **Strategi**

Ekspertgruppen etterlyste en mer landsdekkende strategi. Registerledelsen har avtalt oppfølging med alle virksomheter som ikke er tilknyttet. Vi mener de viktigste tiltakene nasjonalt er forenkling av registeret, innsamling via journal, automatisk datafangst og samordning med FHI og Helsedirektoratet. Dette er tiltak som vil vesentlig vil lette registreringsarbeidet for alle virksomheter.

## 10 Utvikling av registeret

### 10.1 Tiltak for videre utvikling til neste stadium

Kvarus har hatt en utfordring med lav dekningsgrad over tid. Dette var bakgrunnen for at HOD i april 2023 ba RHF-ene redegjøre for deres strategi for å implementere Kvarus. Som oppfølging av dette arrangerte Kvarus og SKDE en workshop med RHF-ene og større helseforetak fra hver region i august 2023. To sentrale tilbakemeldinger var behov for forenkling, og innsamling via journal. I november 2023 ble Kvarus behandlet i interregionalt fagdirektørmøte. Da det ble truffet følgende konklusjon: «Tidsramme for måloppnåelse av dekningsgrad utvides med 2 år.». Registerledelsen tolker dette som at kravet om 80% dekningsgrad først må være oppfylt i syvende (2026) driftsår for å beholde nasjonal status.

#### 10.1.1 Innsamling via journal

Registerledelsen mener en overgang til innsamling via journal er kritisk for at registeret skal lykkes. I rapporteringsåret utviklet Checkware skjema for forrige versjon av registeret. Etter revisjon og kutt i antall variabler høsten 2023, var det behov for revidering av skjemaene. Oppdatering av skjema til nyeste versjon skal gjennomføres våren 2024. En løsning med innsamling via Checkware er planlagt satt i drift 2. halvår 2024. Registerledelsen har tentative avtaler med Oslo Universitetssykehus og Stavanger Universitetssykehus om å være pilotvirksomheter for implementering.

St. Olavs Hospital har bestilt innsamling til Kvarus via Helseplattformen. Registerledelsen vil delta i dette prosjektet. Planlagt oppstart for innsamling er 30. september 2024. Registerledelsen er i tillegg i dialog om innsamling via Norse Feedback. Registerledelsen vil gå i dialog med private avtaleparter for å avklare hvordan vi kan bistå de med rapportering via journal. Det er ingen planer om å avslutte innregistrering via MRS, selv om det kan bli aktuelt på lengre sikt.

#### 10.1.2 Automatisk datafangst fra NPR

Variabellisten er ferdig, og konseptet er spesifisert. Behovet er meldt Helse Vest IKT, prioritering er opp til styringsorganet.

#### 10.1.3 Automatisk datafangst populasjon

Her avventer vi to avklaringer. For det første; teknisk løsning for å informere pasienter, spesielt de som ikke har samtykket til Helsenorge. For det andre; nøyaktig metode for beregning av dekningsgrad. Her er vi avhengig av bistand fra NPR. Vi er i dialog med NPR og venter et forslag mot slutten av våren. Definisjonen av dekningsgrad vil være grunnlag for å inkludere pasienter med automatisk datafangst. Når disse to avklaringene er gjort, kan vi videreutvikle konseptet.

#### 10.1.4 Automatisk datafangst: korte og akutte forløp

Fagrådet anbefalte oss å vente med tiltaket, med henvisning til at vi bør prioritere andre tiltak. Vi følger anbefalingen, men inklusjon av korte og akutte forløp er aktuelt på sikt.

#### 10.1.5 PROM til alle pasienter

For å øke dekningsgraden ønsker vi å ha mulighet til å sende PROM til alle pasienter. En slik løsning kan implementeres etter automatisk datafangst av populasjon.

#### 10.1.6 Automatisk datafangst andre kilder

Registerledelsen ønsker å supplere registeret med andre kilder. Det er spesielt aktuelt med Statistisk sentralbyrå (SSB) og Legemiddelregisteret. Her vil vi samordne oss med KVAVOP og de andre nasjonale registrene innen rus- og psykisk helse.

### 10.1.7 Dialog om samordning

Ved oppstart av rusbehandling skal virksomhetene gjøre tre delvis overlappende kartlegginger:

- Basisopplysninger i Kvarus
- Basiskartlegging i nasjonalt pasientforløp
- Situasjon ved behandlingsstart i NPR

Med innsamling til Kvarus via journal bør det være mulig å redusere dette til samlet kartlegging. Det vil også bety at basiskartlegging i nasjonalt pasientforløp vil være tilgjengelig som strukturerte data. Registerledelsen vil gå i dialog med Helsedirektoratet og FHI om samordning høsten 2024.

I tillegg kan samordning med Statusrapport for LAR være aktuelt på sikt. Vi vil avvente pågående utredning av LAR-forskriften før vi går videre.

### 10.1.8 Kontakt med ikke-tilsluttede virksomheter

For å øke tilslutning og dekningsgrad skal registeret i 2024 kontakte ikke-tilsluttede virksomheter. Formålet er å diskutere videre tiltak, avklare behov og presentere forventninger til tilslutning og registrering. Se tabell for oversikt over virksomheter og avtalt oppfølging.

**Tabell:** Avtalt oppfølging av ikke-tilsluttede virksomheter

<b>Ikke-tilsluttede virksomheter</b>	<b>Avtalt oppfølging</b>	<b>Kommentar</b>
Akershus universitetssykehus	28.mai 2024	Ønsker å begynne med registrering i døgn i første omgang. Sykehuset skal ta kontakt med videre plan.
Diakonhjemmet sykehus	5. juni 2024	Vil gjøre en ny vurdering med innsamling via Checkware.
Helgelandssykehuset	3.april 2024	Ønsket å avvente automatisk datafangst. Avtalt opplæring/oppstartsmøte for en av døgnenhetene 21.august 2024.
Helse Førde HF	Tidlig 2024	Ledelsen har oppfordret behandlere til å bruke Kvarus
Lovisenberg Diakonale sykehus	12.juni 2024	Positive. Innsamling via Checkware er ønskelig.
Nordlandssykehuset	4. mars 2024	Positive, registerledelsen følger opp med detaljer. Sykehuset skal komme med dato for nytt møte til høsten.
Sykehuset Telemark	9.juli 2024	Positive og ønsker å komme i gang.
Sykehuset Østfold	13.august 2024	Positive. Innsamling via Checkware ønskelig.
Sykehuset Sørlandet HF	Løpende dialog	Sykehuset gjør implementeringen til del av et kvalitetsforbedringsprosjekt.
Vestre Viken	11.juni 2024	Ønsker å avvente innsamling via Checkware.

### 10.1.9 Forbedret håndtering av pasientforløp

Kvarus mangler funksjonalitet for sømløs håndtering av forløp på tvers av virksomheter. Slik funksjonalitet er tilgjengelig i MRS5. Kvarus venter derfor på oppgradering fra MRS4 til MRS5 før denne funksjonaliteten legges til.

#### 10.1.10 Automatisk avslutning av forløp

Når en pasient avslutter behandlingen i TSB skal tiltaket som behandler vedkommende gjøre en avsluttende registrering. Denne løsningen fungerer ikke etter hensikten. Det kommer inn alt for få avsluttende registreringer, dette påvirker igjen utsending av skjema for ett-årsoppfølging. Registerledelsen ønsker å gå over til en mer automatisert løsning, basert på datafangst fra NPR.

### 10.2 Andre forbedringstiltak for 2024

#### 10.2.1 Oppdatering av informasjonsmateriale

Registeret arbeider kontinuerlig med oppdatering av nettsiden [www.kvarus.no](http://www.kvarus.no). I 2024 skal informasjonsmaterieell oppdateres.

#### 10.2.2 Endringer som følge av forebygging- og behandlingsreformen

Forebygging- og behandlingsreformen er ventet i løpet av 2024. Registerledelsen vil utrede hvilke endringer som er nødvendige som følge av reformen.

#### 10.2.3 Endringer i innsyn

I dagens innsynsløsning vises et utvalg av variabler. I etterkant av forenklingen av registeret skal innsynsrapporten endres til å omfatte alle variabler som er basert på input fra behandler og pasient.

#### 10.2.4 Korrekthet og validitet

Kvarus ønsker å gjøre analyser av korrekthet og validitet mot journal og befolkningsdata fra SSB. Slike analyser er aktuelle i tre prosjekter som alle er på et tidlig stadiet:

- Kvarus er i dialog med Helse Midt om et doktorgradsprosjekt om validiteten av Kvarus, med oppstart tidligst i 2024. I prosjektet er det spesielt aktuelt å undersøke validitet mot journal.
- Kvarus planlegger å gjennomføre et forskningsprosjekt med befolkningsdata fra SSB vi vil i tillegg gjennomføre en validitetsanalyse mot opplysninger fra SSB. Følgende variabler fra basisskjema er aktuelle for slik validitetsanalyse: Utdanning, arbeid og bor med barn. I samme prosjekt vil vi se på muligheten for å gjøre en validitetsanalyse. En utfordring med validitetsanalyse er at variabler til en viss grad er forhåndsutfylt for å lette registreringsarbeidet. En mulighet er å se på gjentatte basisregistreringer for pasienter som kommer inn til nye forløp.
- Kvarus deltar i et forskningsprosjekt i Helse Stavanger hvor vi skal koble basisskjema til journal. Resultater fra dette prosjektet kan si noe om validitet.

#### 10.2.5 Gjennomgang av kvalitetsindikatorer

Fagrådet skal ha en gjennomgang av kvalitetsindikatorerne høsten 2024. Et sentralt spørsmål er sammenligningsgrunnlag for resultatindikatorer.

### 10.3 Behov for tekniske- og andre forbedringer

#### 10.3.1 Rapporteket

Rapporteket skal brukes som statistikkportal til deltakende virksomheter, og automatisk utsending av rapporter. Vi får opplyst fra leverandør at løsningen kan leveres om 1-2 år.

#### 10.3.2 Oversikt over behov meldt leverandør

Den tekniske løsningen for Kvarus leveres av Helse Vest IKT, med Hemit som underleverandør. Under følger en oversikt over innmeldte behov. Behovene prioriteres opp mot innmeldte behov fra andre registre. Det har medført at innmeldte behov blir liggende år etter år.

Tabell 41 Innmeldte behov

Behov	Dato innmeldt
Variabler fra NPR	14.03.2022
Integrasjon Checkware	21.11.2022
Forløp på tvers	08.12.2022
Rapporteket	27.03.2023
Endring innsynsskjema	10.12.2023
Informere pasienter ved automatisk datafangst	12.03.2024
Integrasjon NORSE feedback	21.03.2024
Automatisk avslutning av forløp	2024

## 11 Litteraturliste

- Bjørnstad, J., McKay, J. R., Berg, H., Moltu, C., & Nesvåg, S. (2020). How often are outcomes other than change in substance use measured? A systematic review of outcome measures in contemporary randomised controlled trials. *Drug and Alcohol Review*, 39(4), 394-414.
- Folkehelseinstituttet. (2024). *Kontinuerlig elektroniske målinger (KEM) i psykisk helsevern og TSB*. <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/avsluttet/kontinuerlig-elektroniske-malinger-kem-i-psykisk-helsevern-og-tsb/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Prop. 15 S Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>
- Helsedirektoratet. (2016). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet. (2021). *Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/rusbehandling>
- Kvinnehelseutvalget. (2023). *Den store forskjellen — Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. (NOU 2023: 5 ).
- Lehman, B. J., David, D. M., & Gruber, J. A. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Social and personality psychology compass*, 11(8), e12328.
- Lindholt, J. S., Ventegodt, S., & Henneberg, E. W. (2002). Development and validation of QoL5 for clinical databases. A short, global and generic questionnaire based on an integrated theory of the quality of life. *European Journal of Surgery*, 168(2), 107-113.
- Sosialdepartementet. (1992). *Tiltak for rusmiddelmissbrukere*.