

Siv Øverås

Fra portvakt til døråpner

En midtveisevaluering av Tøyen-prosjektet (ROP-Tøyen)

Siv Øverås

Fra portvakt til døråpner

En midtveisevaluering av Tøyen-prosjektet
(ROP-Tøyen)

© Fafo 2003
ISSN 0804-5135

Innhold

Forord	5
Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Evalueringens formål og problemstillinger	8
1.3 Fafos rolle i prosjektet	9
1.4 Notatets oppbygning	10
2 Metode og data	11
2.1 Design	11
2.2 Forhold ved oppstart med konsekvenser for datainnsamlingen	13
3 Kjennetegn og endringer i behandlingsmodellen	15
3.1 Bakgrunn for opprettelsen av Tøyen-prosjektet	15
3.2 Målsettinger og verdigrunnlag	17
3.3 Avgrensing av målgruppe og inntakskriterier	18
3.4 Oppstart og teamets sammensetning	21
3.5 Teamets organisering	23
3.6 Teamets arbeidsmåte	25
3.7 Faglig utviklingsarbeid	27
3.8 Kartlegging og evaluering	28
3.9 Oppsummering	35
4 Kjennetegn ved pasientene	37
4.1 Henviste pasienter	37
4.2 Innskrevne pasienter	38
4.3 Kjennetegn ved pasientene ved utskriving	48
4.4 Pasientenes erfaringer med prosjektet	52
4.5 Oppsummering	56
5 Vurderinger og anbefalinger etter to års drift	58
Litteratur	62
Vedlegg I Prosedyreplan for «Prosjekt Rus og Psykisk Lidelse» på Tøyen DPS (ROP-Tøyen)	64
Vedlegg II Tabellvedlegg til kapittel 4	69

Forord

Forskningsstiftelsen Fafo fikk høsten 2000 i oppdrag å evaluere Prosjekt Rus og Psykisk Lidelse på Tøyen DPS (Tøyen distrikts-psykiatriske senter), eller Kontinuerlig behandlingsprosjekt som det ble kalt i søknadspapirene. I dette notatet bruker vi Tøyen-prosjektet som navn på prosjektet.

Tøyen-prosjektets hovedmålsetting er å utvikle en behandlingsmodell som viser seg egnet for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. Behandlingsprosjektet startet opp i førsteetasjen på Tøyen DPS i januar 2001, og skal holde på ut 2005. I løpet av denne perioden skal prosjektet underveis- og sluttevalueres av Fafo. De ulike prosesser og resultater som inngår i denne evalueringen skal publiseres i notater på to tidspunkt, her i form av en midtveisrapportering, og i 2006 i form av en sluttrapport.

Midtveisrapporteringen inneholder en presentasjon av behandlingsteamet, behandlingsmodellen og pasientene, og en vurdering av behandlingsprosjektet fra oppstarten og etter vel to års drift. I 2006 skal disse videreføres i form av Sluttrapport. Det er å håpe at det også blir anledning til en oppfølgingsundersøkelse av hvordan det går med pasientene ett til tre år etter endt behandling.

Evalueringsprosjektet gjennomføres med midler fra Oslo kommune, etter hvert Lovisenberg Diakonale Sykehus, i hele prosjektperioden. Fra 1993 har vi også fått en bevilgning fra Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Referansegruppen for prosjektet har bestått av Lilleba Fauske (Rusmiddeletaten Oslo), Sidsel Wester (Sagene sosialkontor), Svein Staff (Holmlia DPS), Kirsten Frigstad (Natthjemmet for prostituerte), Anne Landheim (Østnorsk kompetansesenter for rus), Helga Skåden (Mental Helse Oslo), Lars Linderøth (Tøyen DPS) og Tove Buseth (Tøyen-prosjektet). Vi takker alle og enhver for trofast oppmøte og mange spennende diskusjoner. Vi håper å kunne fortsette med det i årene som kommer også.

Undertegnede vil også takke alle medarbeiderne i Tøyen-prosjektet for mange og interessante sammenkomster og diskusjoner. Det har alltid vært spennende å være tilstede i førsteetasjen. Uten teammedarbeidernes medvirkning som formidlere mellom forsker og pasient, ville ikke dette notatet sett dagens lys.

Undertegnede vil også takke kollegene Anders Brede Fyhn, Christine Friestad og Åsmund Arup Seip for gode og reflekterte bidrag underveis, samt publikasjonsseksjonen ved Fafo, som har ferdigstilt notatet. Undertegnede står imidlertid selv ansvarlig for alle innholdsmessige feil og mangler.

Oslo, november 2003

Siv Øverås

Forsker

Innledning

«Misbrukare vars liv kompliceras av att de i kombination med sitt missbruk har svåra psykiska störningar är en av samhällets mest utsatta grupper.» (Den svenske Socialstyrelsen 1996).

Dette notatet er en midtveisrapport og inneholder derfor ikke analyser av alle sider ved virk-somheten i Tøyen-prosjektet. Oppmerksomheten er konsentrert om å beskrive behandlings-modellen slik den var tenkt, og slik den er praktisert og justert frem til sommeren 2003. Tøyen-prosjektet er et modellutviklingsprosjekt, hvor mye var uklart ved oppstart hva gjaldt rekruttering av pasienter, organisering av pasientarbeidet, bruken av diagnostiske instrumen-ter, forhold rundt samarbeid med eksterne instanser med mer, og hvordan dette skulle bli. Mye er prøvd ut i løpet av de vel to årene som er gått siden oppstart, og under presenteres de viktigste aspektene og hendelsene i prosjektet, samt en beskrivelse av den pasientgrup-pen prosjektet har jobbet med. Til slutt i dette notatet presenterer vi noen anbefalinger for prosjektets siste periode frem til utgangen av 2005. Arbeidet med å få til et godt eksternt samarbeid rundt pasientene utgjør en veldig viktig del av Tøyen-prosjektets arbeid, og vil følgelig være et sentralt tema i evalueringsprosjektets sluttrapport.

1.1 Bakgrunn

Rus og psykiatri er i Norge, som i de fleste andre vestlige land, organisert i to ulike fagfelt, med den konsekvens at personer med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og rusmid-delmisbruk ofte har falt mellom to stoler, ved at rusmiddelomsorgen har problemer med å «takle» personer med alvorlige psykiske lidelser, og psykiatrien avviser dem på grunn av deres rusmiddelmisbruk. Det er i dag få tilbud som retter seg mot personer som har en alvorlig psykisk lidelse kombinert med et rusmisbruk av mer eller mindre alvorlig art.

I stortingsmeldingen Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (St meld nr 25 1996–1997), deles personer som har både psykiske vansker og rusproble-mer inn i tre grupper:

- Psykiatriske pasienter som misbruker alkohol eller narkotika i perioder når de får tilgang til rusmidler. Denne gruppen skal tilbys behandling i det psykiske helsevernet.
- Rusmisbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon. Stor-tingsmeldingen sier disse personene vanligvis bør få behandling innen rusomsorgen.
- Personer med vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektive lidelser eller alvorlige personlighetsforstyrrelser. Denne gruppen

benevnes dobbeltdiagnosepasienter. Disse faller ifølge stortingsmeldingen utenfor dagens behandlingstilbud, og trenger særlig tilrettelagte behandlingstilbud.

Status i fagfeltet er at det i Norge finnes lite dokumentert kunnskap og kompetanse både når det gjelder forskning og utprøving av tiltak og behandlingsmodeller for rusmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser. Internasjonal og nasjonal forskning konkluderer med at tiden er moden for utprøving av nye tilnærminger for å nå denne gruppen (Bo Kielland 2000). Offentlige utredninger som omhandler pasientgruppen, understreker behovet for kartlegging, bedre samordning innen helse- og sosialtjenestene, og utbygging av poliklinisk behandling knyttet til distriktspsykiatriske sentra (St meld nr 16 1996–97, St meld nr 25 1996–97, St prop nr 63, 1997–98). En viktig erkjennelse er at ett og samme behandlingsmiljø må kunne møte både de rusrelaterte og de psykisk relaterte problemene overfor personer med de særlige alvorlige psykiske lidelsene.

Den såkalte New-Hampshire-modellen blir av mange vurdert å være et interessant svar på mange av de behovene psykiatri og rusbehandling uttrykker i forhold til denne pasientgruppen. Utprøvingen av modellen har derfor vært etterspurt av begge fagområdene (Dixon et al. 1995, McHugo et al. 1999, Mueser et al. 1998).

Kort om Tøyen-prosjektet

På denne bakgrunn ble Tøyen-prosjektet opprettet høsten 2000, for å utvikle en behandlingsmodell for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet i Oslo. Prosjektet startet opp 1. januar 2001, og skulle i løpet av en femårsperiode prøve ut og tilpasse prinsipper og elementer fra New-Hampshire-modellen til norske forhold. Formålet med prosjektet er å utvikle en modell som i løpet av prosjektperioden viser seg egnet for målgruppen.

Tøyen-prosjektet består av et tverrfaglig sammensatt team bestående av tre psykologspesialister, tre psykiatriske sykepleiere, to sosionomer og en sekretær. En av psykologene jobber i 75 prosent stilling, alle de andre i fulle stillinger. I tillegg disponerer teamet psykiatritjeneste tilsvarende om lag ti prosent stilling fra Tøyen DPS.

Målgruppen for Tøyen-prosjektet er personer i Oslo som er lite eller helt ute av stand til å nyttiggjøre seg allmenne helse- og behandlingstilbud.¹ Hver pasient tilbys behandling i to år. Hovedtrekkene i behandlingsmodellen blir i prosjektsøknaden beskrevet å være kontinuitet, fleksibilitet og langsiktighet i kontakten mellom behandler og pasient. Teamets arbeidsmåte skal være oppsøkende, og pasientene skal følges opp der de befinner seg, enten dette er i eget hjem, i fengsel eller på annen behandlingsinstitusjon. Et sentralt prinsipp er at teamet skal kunne forholde seg til de fleste av pasientenes sammensatte problemer inkludert rus og psykisk lidelse, boforhold og økonomiske situasjon. Antall pasienter per behandler skal være begrenset slik at teamets behandlere skal kunne kjenne alle pasientene og dermed kunne erstatte hverandre. Arbeidet med behandlings- og boalternativer skal støttes og veiledes av teamet, fordi dette er tenkt som en sentral forutsetning for at teamet skal kunne yte tjenester til personer med de alvorligste tilstandene.

¹ Når det gjelder nærmere beskrivelser av kjennetegn ved målgruppe og pasienter, viser vi til presentasjon og diskusjon av dette i kapittel 4 i dette notatet.

Ved bruk av ulike standardiserte kartleggingsverktøy² ble det planlagt at behandlingsteamet skal dokumentere hvem de jobbet med og hvilken innvirkning dette har på pasientenes psykiske helse, rusbruk, livskvalitet og funksjonsnivå, og evne til å nyttiggjøre seg eksisterende helse- og sosialtjenester.

1.2 Evalueringens formål og problemstillinger

Tøyen-prosjektet er et modellutviklingsprosjekt. Behandlingsteamet skal prøve ut tilnærminger og metoder med formål å rekruttere, behandle, utrede og viderehenvise en bestemt gruppe pasienter. I tillegg til å prøve ut arbeidsmetoder osv., skal behandlingsteamet prøve ut bestemte kliniske kartleggingsverktøy, og deres egnethet i forhold til pasientgruppen.

Det sentrale spørsmålet i evalueringen er dermed hvorvidt de arbeidsmåter og ressurser behandlingsteamet råder over og anvender i sitt pasientrettede arbeid etter hvert viser seg egnet for de pasientene som rekrutteres til prosjektet. I *evalueringen* av prosjektet er det derfor sentralt, i tillegg til å beskrive teamets arbeidsmåte med mer, å vurdere hvorvidt prosjektet faktisk arbeider med pasienter innen målgruppen, hvordan prosjektet fungerer for den enkelte pasient, hvilke endringer som skjer i pasientens kontakt med eksisterende helsetjenester og behandlingstilbud, og om det er registrerbare endringer i pasientenes funksjonsevne og psykiske helse. Dette er tema som vil bli omhandlet i dette notatet.

Evalueringsprosjektet er todelt, én bit er følgeforskning og underveisevalueringer av teamets oppfatninger av og praktisering av behandlingsmodellen, hvilke arbeidsmåter som utvikler seg. Denne delen av evalueringen innebærer beskrivelser av de erfaringer og eventuelle endringer som har skjedd i løpet av de to første årene. Her er det viktig å beskrive utviklingen av teamsamarbeidet med mer. Kjennetegn både ved modellen og ved pasientene skal beskrives før og etter, det vil si ved oppstarten av prosjektet og etter at de har vært til behandling i om lag to år.

Når det gjelder måling av prosjektets resultater, vil det ikke dreie seg om effektevaluering i streng metodisk forstand. Det er svært mange ukjente variabler som kan ha stor og ukjent innvirkning på pasientens livssituasjon, og vi har ikke mulighet til å systematisere og ta høyde for disse ukjente variablene. Vi har heller ikke noen kontrollgruppe å sammenlikne med. Evalueringen fokuserer på rapporterte endringsdata. Sentrale punkter er pasiente-

² New-Hampshire-prosjektet ble igangsatt av Psychiatric Research Center i 1988 og ble evaluert fortløpende. Som et forskningsbasert pilotprosjekt ble teamintervensjonene stadig evaluert, og om de ikke ga resultater som forventet, skulle det lede til kursendringer. I henhold til dette hadde man også i Tøyen-prosjektet avsatt midler til underveis- og sluttevaluering. I forkant og under oppstarten av Tøyen-prosjektet ble derfor en rekke diagnostiske og andre kartleggingsinstrumenter vurdert av prosjektets ledelse i samarbeid med Fafo og Østnorsk kompetansesenter for Rus på Sanderud. For mer om dette vises til kapittel 2. Konkret ble følgende instrumenter vurdert brukt: CIDI, databasert verktøy, psykiske lidelser. SCID I og SCID II; manuelt verktøy, psykiske lidelser etter DSM. PECC; databasert, spesielt psykotiske lidelser, basert på PANS og ICD 10. Lehmanns livskvalitetsintervju. ASI, Addiction Severity Index, spesielt rusdelen. SCL90, symptomdiagnostikk, psykiske lidelser. Skjema for personopplysninger fra Jon Monsens «Multisenterstudie». Som del av Tøyen DPS er prosjektet forpliktet til å bruke MBDS skjemapasientopplysninger ved inntak og GAF ved inn- og utskriving av prosjektet.

nes subjektive opplevelse av bedring over tid og av hva deltakelse i prosjektet innebærer for dem. Også mer objektive mål som endring i pasientens psykiske helse og rusbruk, samt evne til å benytte eksisterende behandlingstilbud og botilbud med mer, inngår i analysene.

Sentrale forskningsspørsmål midtveis i evalueringen blir derfor:

- Hva kjennetegner behandlingsprosjektets målgruppe og inntakskriterier?
- Hva kjennetegner pasientene, både når det gjelder bakgrunnsvariabler som kjønn og alder, og deres rus- og psykiatridiagnoser?
- Hva kjennetegner pasientens funksjonsnivå?
- Arbeider prosjektet med pasienter i målgruppen?
- Greier prosjektet å rekruttere de «dårligste» pasientene, de som er hjelpeløse i forhold til det etablerte behandlingsapparatet?
- Hva kjennetegner behandlingsteamets pasientrettede arbeidsmetoder og måte å organisere dette arbeidet på?
- Hva kjennetegner det tverrfaglige interne samarbeidet i teamet?
- Hvilke tilpasninger gjøres av behandlingsmodellen underveis?
- Hvordan dokumenterer behandlingsteamet sitt arbeid og sine resultater?

Dette notatet fokuserer hovedsakelig på å beskrive modell og målgruppe slik det var tenkt i utgangspunktet, for deretter å se dette i forhold til den faktiske praksis de første årene. Deretter presenteres begrunnelser for de endringer og justeringer som er gjort underveis, og hvordan dette vurderes – først av behandlingsteamet og deretter av Fafo. Til slutt gjør Fafo noen anbefalinger om fremtidige justeringer både i behandlingsprosjektet og evalueringsprosjektet. Notatet inneholder ikke data, beskrivelser eller vurderinger av samarbeidet mellom behandlingsteamet og eksterne helse og sosialtjenester mm. Eksternt samarbeid vi bli beskrevet og analysert i evalueringens sluttrapport, samt viet oppmerksomhet i de prosessvurderinger som vil gjøres underveis i prosjektets siste halvdel.

1.3 Fafos rolle i prosjektet

I det opprinnelige New Hampshire-prosjektet er behandling og forskning integrert, og det foregår en fortløpende evaluering av prosess og resultat utført av klinikere tilknyttet behandlingsprosjektet. I utgangspunktet hadde man også på Tøyen tenkt seg et forskningsopplegg som i størst mulig grad var integrert i den kliniske virksomheten. Man prøvde derfor først å rekruttere en medisiner/forsker i halv stilling, men av flere, ikke minst forskningsfaglige grunner, slo man dette fra seg. Høsten 2000 ble Fafo tilbudt oppdraget som eksternt evaluator. Tøyen-prosjektet består dermed av to deler: et klinisk behandlingsprosjekt, og en forskningsbasert evaluering av dette.

Fordi prosjektledelsen i utgangspunktet hadde tenkt seg et integrert prosjekt, var det ved oppstarten av evalueringsprosjektet ikke foretatt endelige avklaringer av hvilken rolle Fafo

skulle ha i forhold til innsamlingen og systematiseringen av de kliniske data, eller hvilke implikasjoner det hadde for teamets arbeidsoppgaver at evalueringsoppdraget skulle utføres av et eksternt, ikke klinisk forskningsinstitutt. Fra evaluators side var det for eksempel aldri lagt opp til at Fafo skulle gjennomføre kliniske pasientintervjuer. Dette ville krevd ressurser til opplæring i bruken av diagnostiske intervjuer med mer som ligger langt over de økonomiske rammer evalueringsoppdraget hadde til disposisjon. Det ville også i tilfelle stilt Fafo i en slags dobbeltrolle i forhold til pasientene, siden vi på flere tidspunkt skulle intervju pasienter om deres fornøydhet og erfaringer med deltakelse i behandlingsprosjektet. Denne situasjonen ville blitt uklar for pasientene. Slike vurderinger danner bakgrunnen for at Fafo intervjuer pasientene om deres fornøydhet og brukererfaringer, mens teammedarbeiderne gjennomfører de kliniske intervjuene.

Evalueringen består som beskrevet av både en prosess- og en resultatevaluering. Hensikten med prosessfokuseringen er delvis å benytte selve evalueringen som et redskap i forbedringen av tiltaket. Fafo foretar en følgeforskning av den virksomheten som foregår i behandlingsprosjektet, og hensikten er at evaluator inngår i en dialog med de involverte partene. På denne måten vil evaluator kunne bidra med data og ideer underveis i prosjektets utvikling. Det er ikke meningen at Fafo skal være noen ansvarlig hovedaktør, men ha en mer distansert rolle og forsøke å medvirke til at det oppstår interne lærings- og endringsprosesser innenfor rammene av prosjektet.

Som del av følgeforskningen har Fafo vært deltakende observatør på behandlingsteamets morgenmøter, inntaksmøter, personalmøter og behandlingsmøter. Vi har deltatt med innspill og synspunkter på interne fagmøter og seminarer, på årlige fagseminarer, på hel- og halvdagsmøter og seminarer under oppstarten av prosjektet, på behandlingsteamets årlige seminar på Borge, på studietur med mer. Mye av de tilbakemeldinger og anbefalinger Fafo har foretatt som del av dette er ikke gjengitt i dette notatet. Vi vil imidlertid i kapittel 3 gi mer detaljert beskrivelse av hva denne deltakelsen etter vår vurdering har ført med seg. I kapittel 2 vil vi gi en nærmere beskrivelse av de ulike fasene og elementene i datainnsamlingen.

1.4 Notatets oppbygning

I kapittel 2 i dette notatet beskrives evalueringens datagrunnlag. Kapittel 3 omhandler kjennetegn ved behandlingsmodellen, inkludert beskrivelser og vurderinger av de endringer og justeringer som er gjort av sentrale trekk ved behandlingsmodellen siden oppstart, vurderinger gjort av behandlingsteamet og de vurderinger evaluator har foretatt underveis som del av følgeforskningen, og de vurderinger vi gjør her som del av midtveisrapporteringen. Dette gjør kapittel 3 til et analysekapittel, hvor endringer diskuteres i forhold til den opprinnelige behandlingsmodellens ulike elementer, slik de er skissert i kapittel 1.3. Kapittel 4 omhandler kjennetegn ved pasientene ved innskriving og utskriving. Til slutt i denne midtveisrapporteringen sammenfattes erfaringen fra behandlingsprosjektets første halvdel, hvor evaluator kommer med noen anbefalinger i forhold til hvilke endringer som bør gjøres i prosjektets siste periode.

2 Metode og data

I denne delen av notatet foretar vi en gjennomgang av evalueringens ulike typer av data, og vi beskriver interne og eksterne forhold som påvirket oppstart og drift av prosjektet, og derigjennom også innsamlingen, analysene og rapporteringen av data. Hensikten med kapitlet er å beskrive hvilket datagrunnlag de resultater og vurderinger som presenteres i de neste kapitlene hviler på.

Når det gjelder de kliniske kartleggingsinstrumentene som behandlingsteamet har anvendt, kommer en nærmere beskrivelse av dette i kapittel 3, fordi utprøvingen og bruken av disse utgjør et viktig element i selve modellutviklingsprosjektet.

2.1 Design

Denne evalueringen består av både en prosess- og en resultatevaluering. Prosessevalueringen foretas stort sett som følgeforskning, hvor evaluator er aktivt deltakende i en prosess med formål å avdekke og drøfte de handlingsmuligheter teammedarbeiderne og teamet som sådan står overfor, og synliggjøre målkonflikter og behov for å endre målsettinger og virkemidler som oppstår underveis i prosjektet. Denne delen av evalueringen gjøres på det nåværende tidspunkt i evalueringen med utgangspunkt i teammedarbeidernes og pasientenes subjektive opplevelse av prosessen, og det sosiale samspillet som utspiller seg mellom teammedarbeiderne. Hensikten er her å gjøre justeringer og vurderinger underveis, basert på de nevnte aktørers erfaringer.

Innenfor prosjektets rammer og opplegg vil det ikke være snakk om en streng effektevaluering med kontrollgrupper med mer. Tøyen-prosjektet har derfor valgt en «åpen designmodell», og hvor Fafo evaluerer alle pasienter som tilbys/mottar behandling. Evalueringen er basert på følgende datakilder:

Dokumentanalyse

Gjennomgang av dokumenter som sier noe om teorien og filosofien bak modellutviklingsforsøket – med sikte på å samle inn informasjon om prosjektets målgruppe, prosjektets arbeidsmetoder og behandlingsfilosofi, samt ideer om tilrettelegging av samarbeidslinjer og former til andre institusjoner/etater /forvaltningsnivåer.

Intervjuer

Personlige intervjuer med ansatte i prosjektet om arbeidsmetoder og behandlingsfilosofi/holdninger og samarbeidslinjer internt i prosjektet, om deres synspunkter på det tverrfagli-

ge pasientrettede arbeidet samt interne samarbeidet med mer. Det er i løpet av behandlingsprosjektets første periode gjennomført to intervjuer med hver av teammedarbeiderne. Unntaket er teamets psykiater. Fafo har intervjuet den først ansatte, men ikke den som fungerer i stillingen i dag.

Gruppeintervjuer med ansatte i prosjektet om deres vurderinger av det tverrfaglige samarbeidet, om integreringen av rus og psykiatri har fungert etter forventningene/intensjonen? Om sterke og svake sider ved prosjektet sett i et brukerperspektiv og om prosjektets arbeidsmetoder og tverrfaglige kompetanse har økt tilgjengeligheten til psykiatrien og rusmiddelavdelingen for pasientene. Det ble gjennomført et gruppeintervju i løpet av første halvår, og ett høsten 2002.

Personlige intervjuer med pasientene om deres erfaringer med deltakelse i behandlingsprosjektet, og på hva de anser som kvalitativt annerledes sammenliknet med andre behandlingstiltak de har deltatt i, hva de er fornøyde med og mindre fornøyde med i prosjektet. Det er i løpet av de første to årene i alt gjennomført om lag 25 intervjuer med totalt 15 pasienter.

I tabell 2.1 og 2.2 gis en oversikt fra prosjektplanen. Prosjektplanen beskriver de data som skal samles inn av henholdsvis behandlingsteam og Fafo i løpet av pasientenes behandlingstid i prosjektet, som er to år.

Tabell 2.1 Oversikt over kliniske kartleggingsinstrumenter

Verktøy	Utfyller	Tidspunkt
Tøyen I	Behandler	V/hver konsultasjon
MBDS	Behandler	V/inntak og utskriving
GAF	Behandler	V/inntak og utskriving
Europ ASI	Behandler	V/inntak og utskriving
HSCL-25	Pasienten selv	V/inntak og før utskriving
SCID I og II	Behandler	En gang

Tabell 2.2 Oversikt over evalueringsinstrumenter

Datatype	Utfyller	Tidspunkt
Tjenestekartleggingsinstrument	Behandler	To ganger
Dikemark ferdighetsprofil	Samarbeidspartner	To ganger
Strauss Carpenter Level of functioning scale	Behandler	To ganger
Pasientintervjuer	Fafo	Ca 10 en gang. Noen flere ganger
Gruppeintervjuer ansatte	Fafo	To ganger
Individuelle intervjuer ansatte	Fafo	To ganger
Intervjuer samarbeidspartnere	Fafo	I løpet av prosjektperioden
Intervjuer pårørende	Fafo	I løpet av prosjektperioden

2.2 Forhold ved oppstart med konsekvenser for datainnsamlingen

Beslutningen om å engasjere ekstern evaluator for Tøyen-prosjektet har hatt flere vesentlige konsekvenser for datainnsamlingen. For det første førte dette til at det ved oppstarten av prosjektet var uklart både hvem (evaluator eller team) som skulle samle inn de ulike pasientdataene, samt hvilke diagnostiske kartleggingsinstrumenter som skulle brukes i dokumentasjonen av kjennetegn ved pasientene.

At innsamlingen av data skulle foregå som et samarbeid mellom Fafo og behandlingsteamet, førte for det andre til at man ved oppstart, men også gjennom hele prosjektperioden, brukte mye tid på å avklare ansvarsforhold og finne gode måter å samarbeide om innsamling av data spesielt, og utveksling av viktig informasjon generelt. Dette illustreres delvis gjennom at Fafo i løpet av de to første årene har utarbeidet i alt fire prosedyreplaner.

At evalueringsoppdraget gikk til et eksternt forskningsinstitutt førte for det tredje til at evalueringen av Tøyen-prosjektet fikk mindre tidsressurser enn man ville hatt dersom en forsker hadde vært ansatt i teamet. Dette førte til at man allerede ved oppstarten av prosjektet søkte etter andre finansieringskilder for om mulig å få utvidet evalueringens tidsressurser. Dette lyktes man ikke med før høsten 2002. Dermed hadde man de to første årene svært stramt tidsbudsjett i forhold til ambisjonen i prosjektet. Denne situasjonen påførte teammedarbeidere og prosjektledelse merarbeid i forhold til innhenting av data, og evaluator merarbeid i form av skriving av søknader, tilpasning av datainnsamlingen til det kliniske arbeidet, og ikke minst til diskusjoner med teammedarbeidere om nytten/hensikten med denne delen av jobben.

For det fjerde har det vist seg at det å benytte en ekstern evaluator til dels også førte til et gap mellom hva medarbeidere i prosjektet forventet seg av oppmerksomhet, og den oppmerksomheten evaluator i praksis hadde ressurser til innenfor projektrammene. Flere av disse momentene tas opp senere, og anbefalinger hva gjelder endring av disse forholdene gis i kapittel 5.

Søknad til etisk komité

Som ledd i forberedelsene til innsamling av data tok Fafo kontakt med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for råd og veiledning angående søknad om godkjenning av prosjektet i den regionale forskningsetiske komiteen for medisin, samt datatilsynet. Slik prosjektet i utgangspunktet var tenkt, var en slik godkjenning nødvendig (for ytterligere oversikt og beskrivelse av prosedyrer og kartleggingsverktøy vises det til vedlegg 2). Etter å ha utarbeidet prosjektplan, prosedyreplan og samtykkeerklæring, ble vår søknad sendt, og underkjent på komiteens møter først i mars og deretter i juni 2001.

Etisk komité hadde helt rett i at det ville være uforsvarlig å konfrontere hver enkelt pasient med alle de oppsatte instrumentene. Samtidig var dette aldri intensjonen fra prosjektets side. Prosjektets intensjoner var, siden dette var et utviklingsprosjekt, å ha et batteri av instrumenter tilgjengelig, for å kunne velge ut og anvende det instrumentet teamet til enhver tid fant mest hensiktsmessig overfor den enkelte pasient. Denne situasjonen var imidlertid vanskelig å kommunisere til etisk komité, ikke minst fordi komiteens behandling av

den enkelte søknad baserer seg på beskrivelser slik de (kan) gis i standardiserte oppsett og skjemaer.

Fafo jobbet videre med utviklingen av prosedyrer for datainnsamling, og i samråd med NSD og sekretæren i komiteen, endte vi i slutten av august opp med et muntlig akseptert design og prosedyrer. I den forbindelse er det to prinsipper som er viktige; at data som tilfaller Fafo fra behandlingsprosjektet ikke skal være personidentifiserbare, at det er behandlerne i prosjektet som gjennomfører de kliniske intervjuene, og at det er behandlerne i prosjektet som formidler kontakt mellom pasienter (som har samtykket til å la seg intervjuet av Fafo), og på den måten indirekte er garantist for forsvarligheten i at slik kontakt etableres.

Fordi utformingen av samtykkeerklæringen inngikk som del av prosedyreplanen som hele første halvår 2001 var til behandling i etisk komité, ble også innhenting av samtykke fra pasienten forsinket tilsvarende. Dette førte til at Fafo ikke kom i gang med intervjuing av pasienter før på høsten 2001.

Prosessen med søknad om godkjenning i etisk komité tok veldig lang tid, og fikk store konsekvenser for datainnsamlingen. Fafos vurdering i etterkant er at den standardiserte modellen som etisk komité har som forutsetning, ikke passer til denne typen prosjekter. Tøyneprojektet dreier seg i all hovedsak om å finne gode måter å gjøre ting på. Da må man innenfor visse rammer kunne være fleksible.

3 Kjennetegn og endringer i behandlingsmodellen

3.1 Bakgrunn for opprettelsen av Tøyen-prosjektet

Tøyen-prosjektet er faglig forankret i den såkalte New Hampshire-modellen, blant annet beskrevet av Robert E. Drake et al (1995). Dette var et av de første fagmiljøene som utviklet en klinisk case-management-modell³ i arbeidet med personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet. Fordi denne modellen er et så sentralt utgangspunkt for Tøyen-prosjektet, har vi valgt å gi en kort beskrivelse av den her.

New Hampshire-modellen

New Hampshire er en delstat nord i USA med om lag 1,2 millioner innbyggere. De største byene i staten har om lag 100 000 innbyggere. Her som andre steder i USA på slutten av 1980-tallet, var gruppen dobbeltdiagnosepasienter etter hvert blitt en svært synlig del av gatebildet i byene. Det eneste statlige psykiatriske sykehuset hadde redusert antall sengeplasser fra 4000 til 120 (New Hampshire Mental Hospital), og de baserte sitt nye psykiatriske tilbud på ti psykiatrissentre (Mental Health Centers) spredd rundt i delstaten (Evjen mfl. 2003:204). Deres primære oppgave var å sørge for at utskrevne pasienter fikk lokal oppfølging. I løpet av de tre første årene var det i delstaten New Hampshire etablerte ti regionale mobile team, to korttids døgntilbehandlingsprogrammer, spesialiserte behandlingsprogrammer ved NHMH, bo- og rehabiliteringsenheter (Half-way-houses) med inntil 12 plasser⁴ og felles «dual-diagnosis» opplæringsprogrammer for personer innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Syv av de ti teamene rettet seg mot «The Hard-to-reach Client», og ble kalt Continuous Treatment Teams (CTT). Målgruppen var personer fra 18–50 år med en opphopning av rusrelaterte, sosiale og psykiske problemer, og som fikk utilstrekkelig hjelp fra det eksiste-

³ Case-management-modellers grunnleggende tilnærming er at fagpersonellet jobber med utgangspunkt i og målsettinger for den enkelte pasient i individuelt tilpassede opplegg, og hvor case-managers jobb er å koordinere klientens hjelpebehov. Før inntak i NH-prosjektet gjennomgikk klientene diagnostiske tester som Brief Psychiatric Rating Scale (BRFS), Quality of Life Inventory (QOLI) og Addiction Severity Index (ASI). Også deres bakgrunnshistorie ble kartlagt, og urin og blodprøver var en obligatorisk del før inntak. I løpet av de første tre månedene gjennomgikk alle pasientene et strukturert diagnostisk intervju med en av psykiaterne fra forskningsavdelingen (Evjen mfl. 2003).

⁴ Her kan klientene bo i inntil seks måneder.

rende hjelpeapparatet (Evjen mfl. 2003). I tillegg skulle pasientene være uten fast bolig eller ha ustabil boevne ved inntak i prosjektet.⁵ Hypotesen var at denne klientgruppen ville profitere på å bli oppsøkt i sitt lokalmiljø, og at tiltaks- og behandlingstilbudene ville bli mer effektive om de ble mer individualiserte.

Behandlingsperspektivet i NH er mangeårig og med et lavt klientantall per behandler (maksimum 10 klienter). Teamene i New Hampshire består av psykiater eller lege, psykolog, sosial- og helsearbeidere samt profesjonelle bolig- og arbeidsformidlere. Poenget er at hvert team skal inneha fagkompetanse på sosialfaglige arbeidsmetoder, sykepleie, gruppeterapi, attføring, psykoterapi, familieterapi, rusmisbruksbehandling og medikamentell behandling.

Hovedelementene i modellen er lokalt basert, poliklinisk arbeid med pågående oppsøkende virksomhet, nettverks- og hjemme-hos-arbeid innenfor en metodisk sammenheng. Det ble stilt krav som kontinuerlig dokumentasjon og evaluering. Tilgjengelig døgnbemanning og faste behandlingskontakter var sentralt, og CTT gjorde selv de kliniske intervensjonene. Pasientene ble ikke videreformidlet til andre deler av hjelpeapparatet. Løpende kontakt mellom forskere, klinikere og klienter gjorde at programmet kunne justeres fortløpende. Behandlerne gjennomgikk et intensivt opplæringsprogram om dobbeltdiagnoser, og fikk ukentlig veiledning.

Hovedprinsippet i den modellen de har utviklet er trinnvis jobbing med motivasjon og ulike behandlingstyper. Behandlingen er inndelt i fire faser:

- Kontaktetablering
- Motivasjonsfase
- En aktiv behandlingsfase
- Forebygging av tilbakefall

Fasene følger ikke nødvendigvis etter hverandre i tid. Tiden den enkelte pasient trenger i hver fase skal tilpasses den enkelte, og mange beveger seg frem og tilbake mellom fasene. Behandlingen ses på som en langvarig prosess, hovedsakelig utenfor institusjon. I New Hampshire er det imidlertid også bygd opp et par behandlingsinstitusjoner for opphold på opptil seks måneder. Det legges mye vekt på skjermet bolig og gradvis overgang til vanlig bolig om nødvendig. Dobbeldiagnosepasienter viste seg i New Hampshire ofte å være uten fast bolig, og de erfarte følgende suksesskriterier for bostabilisering: økt rusmestring, bo og ferdighetstrening og adgang til å benytte egne døgnenheter for klienter med høyrisiko for tilbakefall til misbruk (Evjen mfl. 2003).

Det legges stor vekt på samarbeidet med pårørende, og på å bistå pårørende med kunnskap om rus og psykiske lidelser. Det drives også flere ulike typer av gruppevirksomhet, både for de som er villige til å gjøre noe med sitt rusmisbruk og de som ikke er det. Mye av dette grupperelaterte arbeidet handler om å motivere klienten til å håndtere psykiske lidelser og rusbruk. For ytterligere beskrivelse av modellen slik den er utviklet og praktisert i USA, henviser vi leseren til Mueser mfl 1996 og Drake mfl 1997 og Drake 2000.

⁵ Ytterlige kjennetegn ved målgruppen var schizoaffective lidelser, alvorlig depresjon eller schizofreni med misbruk eller avhengighet av rusmidler som tilleggsdiagnose. De skulle imidlertid ikke ha vesentlig svekket hukommelse. Ruskarrieren skulle ha minst to års varighet, og ved prosjektstart skulle en rusfrihet ikke ha vart i mer enn ett år.

Tøyen-prosjektet fikk altså høsten 2000 i mandat å prøve ut sentrale prinsipper i NH-modellen, og fordi denne modellen er utviklet i USA, gjøre de nødvendige justeringer slik at «metodikken» passer til de institusjonelle rammebetingelser behandlingen av dobbelt-diagnosepasienter foregår under i Oslo og i Norge. Under gir vi en presentasjon av sentrale aspekter ved Tøyen-modellen slik den er beskrevet og tenkt utprøvd på Tøyen.

Dette kapitlet er organisert etter sentrale elementer/tema i behandlingsmodellen. For hvert av disse temaene gir vi først en beskrivelse av hvordan behandlingsmodellen var tenkt ved oppstart, deretter skisseres de endringer som er foretatt i løpet av de to årene som er gått siden oppstart, før vi presenterer teamets vurderinger av erfaringer og endring, før vi til slutt i hver del gir våre egne vurderinger av de utførte endringene.

3.2 Målsettinger og verdigrunnlag

Først noen opplysninger om Tøyen-prosjektet av rent praktisk karakter. Behandlingsteamet har sine lokaler på Tøyen DPS. Prosjektets lokaler er fysisk avgrenset fra resten av DPSen ved at de ligger i første etasje og har egen inngang. Lokalet består av syv behandlerkontorer pluss sekretærens kontor, som også fungerer som postrom, kopirom med mer. Ellers inneholder lokalene toalett, vaskerom, kjøkken og stort møterom med langbord. Alle behandlernes kontorer grenser ut mot fellesarealene, og «møterommet» og kjøkkenet er naturlige møtestedet. Det er prosjektmedarbeiderne selv som har bestemt utformingen av lokalene, hvor et viktig hensyn var å skape «romlighet». På mange måter representerer arkitekturen her en slags gjestfrihet med sin åpne løsning. De ansatte og pasientene har hvert sitt kjøleskap, og pasientene kan komme hit for å ta en kopp kaffe, spise litt formiddagsmat med mer. I kjøkkenarealet står det også plassert en datamaskin med internettoppkobling, som pasientene kan bruke etter nærmere avtale og behov, samt tidsskrifter og fagbøker til felles benyttelse. I andre enden av lokalet er «vaskerommet» med dusj og vaskemaskin, som pasientene kan benytte. Pasienter og ansatte bruker de samme kjøkken- og toalettfasiliteter.

Utgangspunktet

Som sagt er behandlingsprosjektets overordnede målsetting å utvikle en egnet behandlingsmodell for målgruppen. For å kunne få til dette, må de greie å rekruttere disse pasientene inn i prosjektet, de må etablere en bærekraftig relasjon, allianse med den enkelte som skal holde seg gjennom to års oppfølging og behandling. Målet er at man i løpet av de to årene man jobber og samarbeider med og om pasienten, skal ha økt toleransen overfor og kunnskapen om pasienten blant samarbeidsinstansene, slik at pasienter og behandlingsapparat etter to år evner å nyttiggjøre seg hverandre.

I løpet av prosjektets første halvår, ble følgende verdigrunnlag formulert i prosjektets brosjyre:

«Vi vil arbeide for bedring i retning likeverd og rusfrihet, og vi vil arbeide for en tilværelse der det er mulig å mestre livets vanskeligheter uten å måtte frykte å bli stående alene.»

Også i informasjonsmateriell laget for pasienter og pårørende var det disse formuleringene som ble brukt.

Praksis midtveis

Noe har endret seg siden oppstarten. Det understrekes nå at vekten legges på ressurser og muligheter i stedet for sykelighet og begrensninger, og at teamet ønsker å styrke pasientenes håp og motvirke deres håpløshet. Tøyen-prosjektet er eksplisitte på at de ikke bruker negative sanksjoner overfor pasientene, men understreker viktigheten av at man skal vise hverandre respekt og unngå vold eller trusler om vold. Videre tilstrebes en åpenhet og gjestfrihet både i lokalene på Tøyen og ute. Man jobber ikke eksplisitt med målsettingen om rusfrihet, men med skadereduksjon og mer kontrollert rusbruk..

Videre heter det at teamet er fleksible i sin innretning og tilpasning til den enkelte pasient, og at de ikke innretter seg etter en særskilt metode utover hovedlinjene i prosjektbeskrivelsen, som det heter.

Teamets vurdering

Hver år samles teamet til tredagers seminar på Borge i Vestfold, og hvert år diskuterer man innholdet i den brosjyren prosjektet distribuerer til pasienter, pårørende og arenaer hvor potensielle nye pasienter befinner seg. Det er derfor ingen tilfeldighet at man har valgt å ta ut formuleringer om at teamet arbeider for rusfrihet. Bak denne endringen ligger en vurdering av at dette ikke er realistisk og ikke har rot i praksis slik den har vært de første to årene. Derfor er en slik formulering lite hensiktsmessig som signal til prosjektets omverden av samarbeidsinstanser, pårørende og (potensielt nye) pasienter.

Fafos vurderinger

Det er vår vurdering at det ikke har skjedd endringer av betydning hva gjelder teamets definisjon av egne målsettinger og verdigrunnlag, selv om det har vært mye diskusjon rundt disse temaene. De omformuleringer med mer som er foretatt, opplever vi som presiseringer.

3.3 Avgrensing av målgruppe og inntakskriterier

Utgangspunktet

Prosjektet rettet seg mot personer med både alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet. I dokumentene som det refereres til over gis følgende beskrivelser av målgruppe og inntakskriterier:

- Alder fra 18 år
- Bydelstilknytning til Oslos sentrale bydeler eller opphold der
- Innen de siste 6 måneder skal personen ha vært innlagt i psykiatrien, vært uten fast bosted, vist dårlig boevne eller vært fengslet

- Personen må som minimum ha hatt to år med alvorlig rusavhengighet, og
- Personen må tydelig være ute av stand til å benytte seg av ordinært behandlingstilbud innen rusomsorg eller psykisk helsevern
- Det må være grunnlag for å anta at det også foreligger en alvorlig psykisk lidelse

Generelt om den psykiske lidelsen sies det at en må regne med stor usikkerhet omkring diagnose grunnet de store vanskelighetene det er å diagnostisere gruppen. Derfor vil en vurdering av funksjonsevne (boevne, ivaretagelse av egen hygiene, sosiale ferdigheter osv) stå sentralt. Det sies videre at aktuelle diagnosegrupper er schizofreni, schizotyp lidelse, bipolar lidelse og særlig alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Som resultat av felles diskusjoner i teamet, ble målgruppe og inntakskriterier i notat av januar 2001 spisset i følgende sentrale kriterier:

- Sykelighetskriteriet: generelt gjelder at jo alvorligere den psykiske lidelsen er, jo mer aktuell er personen for behandlingsprosjektet. Det må imidlertid også foreligge et alvorlig rusproblem, og som en tommelfingerregel skal dette ha foregått i minimum to år, selv om dette ikke er et absolutt krav.
- Hjelpeløshetskriteriet: generelt gjelder at personen skal være helt eller nesten helt ute av stand til å nyttiggjøre seg allmenne helse- og sosialtjenester, eller ordinært behandlingstilbud innen rusomsorg eller psykisk helsevern. Men også der hvor de ytre rammene for så vidt er på plass, men det menneskelige mangler, åpenbarer det seg en jobb for teamet.
- Bedringskriteriet: Generelt gjelder at det skal være mulig å tenke seg en bedring av livskvalitet over en toårsperiode, og at intens aktivitet fra teamets side i samarbeid med personen skal kunne ha vesentlig betydning for dette. Teamet sier i notatet at de med bedret livskvalitet her mener mindre psykisk lidelse (symptomtrykk), mindre bruk av eller avståelse fra bruk av rusmidler, bedre funksjonsnivå på områder som bofunksjon, personlig hygiene, sosiale kontakter, bruk av lege og andre helsetjenester, bedre orden i økonomiske forhold osv.
- Alder: generelt gjelder at teamet skal prioritere yngre personer, ut fra bedringskriteriet og ut fra at situasjonen må anses særlig alvorlig når en ung person har utviklet et slikt kombinasjonsproblem og ikke får nødvendig hjelp.

Disse kriteriene skulle være retningsgivende for teamets vurderinger av og beslutninger om hvorvidt henviste pasienter skulle tas inn i prosjektet eller ikke. Som vi skal se senere i dette kapitlet, førte disse diskusjonene etter hvert til at man justerte inntakskriteriene noe, og vektla ulike kjennetegn ved pasientene på nye måter.

Praksis midtveis

I løpet av de første årene i prosjektet har det vært mange diskusjoner rundt inntakskriterier. Hvor viktig og strenge skal man være på alder? Skal man ta inn personer helt til 50 år? Er det hjelpeløshet eller sykелighet som skal være avgjørende?

Underveis i prosjektet ble det rettet oppmerksomhet mot alderssammensetningen i pasientpopulasjonen, og man ville prioritere yngre pasienter. Midtveis i prosjektet legges det ved inntak noe større vekt på pasientene skal være yngre, og at det bør foreligge stor grad

av sannsynlighet for alvorlig sinnslidelse. Denne prioriteringen foregikk ved at man i en periode la eksplisitt vekt på å rekruttere unge personer. Kriteriene slik de ble formulert ved oppstart er ikke endret.

Teamets begrunnelse og vurdering

Mange av de først innskrevne pasienter hadde relativt høy alder, og teamet satt etter hvert med erfaringer med disse pasientenes bedringspotensial. Teamets vurderinger gikk på at det er spesielt viktig at behandlingsprosjektet kommer inn så tidlig som mulig i den enkelte pasients liv dersom situasjonen tilsier at det eksisterende hjelpeapparatet enten ikke har vært til stede i det hele tatt, eller ikke strekker til i forhold til å greie å tilby pasienten noe denne kan nyttiggjøre seg. I tillegg har teammedarbeiderne i intervjuer gitt uttrykk for at de opplevde både synkende alder på de henviste pasientene og at mange av disse unge var svært slitne og kronifiserte, og at de anså det som en oppgave for teamet å konsentrere mer ressurser i retning av å gjøre en jobb for disse .

I intervjuer med de ansatte i august 2001 var det flere som uttrykte at kriterier for inntak hadde vært, og til dels fortsatt var, uklare, men at diskusjonen på Borge hadde virket samkjørende. Dessuten ble det også påpekt at noe av uklarheten rundt inntakskriteriene skyldes at de først ansatte hadde med seg pasienter fra tidligere, pasienter som resten av teamet ikke hadde diskutert, og som de for så vidt kjente dårlig. Både før og etter Borge 2001 pågikk det diskusjoner rundt kriterier for inntak og av hvilke pasienter som var de riktige å ta inn. Disse diskusjonene foregår for så vidt kontinuerlig som del av de vurderinger og samtaler rundt den enkelte pasient på inntaksmøtene hver mandag.

Fafos vurdering

Teamet jobbet hele første året intenst med å tydeliggjøre egne inntakskriterier for seg selv og omverden. Dette var en prosess og først og fremst en diskusjon av hvilke kriterier som skulle veie tyngst; sykighetskriteriet, hjelpeløshetskriteriet, bedringskriteriet eller alderskriteriet. Etter vår vurdering var dette en naturlig og nødvendig del av teamets utvikling av egen faglig plattform, men samtidig delvis et resultat av at de ulike teammedarbeiderne startet i jobbene sine på ulikt tidspunkt, og med ulik kjennskap til detaljer og prinsipper i denne behandlingsmodellen. Det var, og er, viktig med en pågående diskusjon – ikke minst fordi omgivelsenes mandat i forhold til denne pasientgruppen også endrer seg. Man kan spesielt tenke seg at DPSer og andre med m vil endre sitt syn og også sin kompetanse i forhold til bedre å kunne imøtekomme denne pasientgruppens behov etter hvert, og muligens delvis som en konsekvens av Tøyen-prosjektets arbeid for å høyne toleransen overfor og kunnskapen om disse pasientene internt i psykiatrien.

Etter hvert er ikke disse diskusjonene like dominerende. Men fortsatt er inntakskriteriene gjenstand for løpende vurderinger. Fafo finner det positivt at teamet er åpne for endringer/justeringer, og ikke føler for sterke bindinger til på forhånd definerte kriterier for hvem som skal tas inn og ikke. Det er flere eksempler på at pasienter er søkt inn i prosjektet flere ganger, og kanskje blir skrevet inn den fjerde gangen. Med i denne vurderingen hører at det eksisterte svært begrensede kunnskaper om pasientpopulasjonens faktiske problems belastning og sammensetning forut for at behandlingsprosjektet startet opp.

3.4 Oppstart og teamets sammensetning

Utgangspunktet

Det ble i utgangspunktet formulert følgende grunnleggende prinsipper for teamets oppbygging: Det dannes et team med åtte kliniske medarbeidere – som samlet har høy kompetanse innen kombinasjonsproblematikken rus/alvorlig psykisk lidelse.

- Teamet skal være tverrfaglig sammensatt, og skal ha ekspertise både på psykisk lidelse og rus.
- Teamet fokuserer på stor grad av tilgjengelighet og driver intenst arbeid med en tallmessig begrenset gruppe, oppad begrenset til 8–10 per behandler.
- Det arbeides turnus med en viss tilgjengelighet på kveldstid og i helger.

I henhold til dette ble Tøyen-prosjektet søkt organisert som et tverrfaglig team, bestående av psykiater, psykologer, sykepleiere, sosionomer, sekretær samt forsker. Som vi beskrev i kapittel 2 er midlene til forskerstillingen benyttet til den evalueringen Fafo gjennomfører.

Særskilte forhold knyttet til oppstart av prosjektet

Utviklingen av Tøyen-prosjektet fra ide til godkjent projektskisse tok tre år, og den ble drevet frem av prosjektets nåværende prosjektleder og spesialpsykolog. Høsten 2000 ble disse formelt ansatt og lønnet i prosjektet. De fikk i mandat å rekruttere de andre medarbeiderne i behandlingsteamet. På bakgrunn av muntlige tilsagn om tildeling av midler, ble det førjuls-vinteren 1999 utlyst ledige stillinger i prosjektet, men midlene ble ikke tildelt før i november 2000. I løpet av denne perioden var det mange kvalifiserte og motivert søkere som falt fra fordi det hele ble for langdrygt og usikkert, og situasjonen førte til at man måtte starte opp i januar med «halv stab». Mye tid og ressurser gikk dermed også våren 2001 med til rekrutteringsarbeid.

To sentrale kriterier knyttet til utvelgelsen av folk til Tøyen-prosjektet var, i tillegg til de faglige, at folk skulle være passe forskjellige, men samtidig «passe» sammen, og at de skulle være villig til å binde seg til prosjektet for fem år. Vurderingen bak var at skulle man få til et godt stabilt behandlingsteam og kollegium over så lang tid, så måtte man sette sammen et team med mennesker som kunne holde ut og trives med hverandre. Fordi pasientenes liv er preget av mye kaos, var det viktig å vite at man over tid kunne representere en stabiliserende faktor ved at de møtte de samme menneskene i hele behandlingsperioden. Fordi pasientgruppen er veldig sammensatt og forskjellig, anså man det som viktig å sette sammen et team som speilet denne forskjelligheten, i kraft av alders- og kjønnsammensetning, ulike fagbakgrunn, forskjellige livserfaringer, referansepunkter og interesser, ulike jobberfaringer og mennesketyper.

Som sagt var det slik at de ansatte i Tøyen-prosjektet startet i jobbene sine på ulike tidspunkt i løpet av de første 8–9 månedene i 2001. Per 1. september 2001 var teamet fulltallig og alle på plass, det vil si psykiater i om lag 20 prosent stilling, tre psykologer, tre psykiatriske sykepleiere, to sosionomer og én sekretær. Alle deltok på behandlingsteamets første faglige seminar på Borge i juni 2001.

Praksis midtveis

Legen måtte høsten 2001 slutte i prosjektet grunnet forhold som hadde med hennes spesialistutdanning å gjøre. Midtveis fungerer avdelingsoverlegen ved Tøyen DPS som prosjektets psykiater i om lag ti prosent stilling. Totalt er det altså ni kliniske medarbeiderne samt en administrativ konsulent tilsatt i prosjektet.

Teamets vurderinger

Ledelsen sier de i denne prosessen anså det som viktig å sette sammen et team basert på personlig egnethet, yrkesbakgrunn, kjønn og alder.

Det er alltid forbundet personlige og faglige motsetninger til det å sette sammen (tverrfaglige) team. Det at de ulike faggruppene i teamet viste seg å få ulike lønns- og arbeidsbetingelser, gjorde ikke oppstarten helt enkel for den enkelte teammedarbeider. Å bli nedprioritert lønnsmessig trigger ikke akkurat den faglige selvfølelsen og opplevelsen av likeverdig kompetanse. Teamets erfaringer gir grunn til å reflektere over arbeidsbetingelser og nødvendige forutseninger ved sammensetning av tverrfaglige arbeidsfellesskap.

Fafos vurdering

De ansatte startet opp på ulike tidspunkt. Dette gjorde at man ikke hadde en felles oppstart med forankring og diskusjon av behandlingsmodell rundt oppstart, men at man tvert imot måtte ta de samme diskusjonene på nytt hver gang en ny person begynte i sin jobb. Det er evaluators oppfatning at dette ikke ble særlig problematisert den første tiden, man prøvde å være positiv og gjøre det beste ut av det. Prosjektleder brukte svært mye av sin tid til behandling av søknader, innkalling og gjennomføring av ansatteintervjuer, og etter hvert til forhandlinger om lønn og ulike typer personalpolitiske spørsmål. Dette er uansett en prosjektleders jobb, men tok nok ekstra mye tid, da prosessen ikke var tidsavgrenset og synkronisert, og det tok noe av oppmerksomheten bort fra intern teambygging med mer.

Flere av de ansatte gav i intervjuer med Fafo uttrykk for at de var overrasket over at de ikke i større grad ble invitert til å utvikle det faglige fundamentet, men i stor grad ble forelagt allerede formulerte føringer. Etter vår vurdering viser dette at rekrutteringsprosessen ikke tydelig nok hadde fått frem at behandlingsprosjektet var tildelt et mandat, og hva dette mandatet gikk ut på. Dette var nok delvis tilsiktet og delvis utilsiktet fra prosjektledelsens side, da man ønsket å skape rom for at behandlingsteamet skulle gå seg til på egen hånd og selv være delaktige i utformingen av kriterier for det pasientrettede arbeidet med mer, samtidig som mye ble som det ble rett og slett fordi folk i en lang periode hadde helt forskjellig tilknytning og kjennskap til prosjektet.

Alle prosjekter går gjennom ulike faser på veien mot et godt samarbeidende og psykososialt fungerende team. Det er evaluators vurdering at Tøyen-prosjektets rekrutteringsprosess fikk store konsekvenser for arbeidsmiljøet og klimaet internt i teamet i lang tid. Høsten 2001 kan i ettertid beskrives som en utfordrende tid både for teammedarbeiderne og prosjektledelsen, og en kritisk fase for teamet, med tendenser til klikkdannelser og «vi og de andre»-tenkning. Stemningen var ikke god, og flere av de ansatte følte seg uttrygge og utilpass med hvordan forholdene var, mens andre var tryggere i forhold til at teamet skulle mestre disse utfordringene. Fafo gjennomførte individuelle intervjuer med de ansatte i denne perio-

den. Siden den gang har teamet hatt gjentatte «hvor er det skoen trykker»-diskusjoner, og ikke minst var det nok av stor betydning at teamet startet opp sine eksterne veiledningstimer i september 2001. Senere intervjuer med de ansatte tyder på at ting har gått seg til. Man har avfunnet seg med forskjeller i personlig stil og væremåte, utformet et godt arbeidsmiljø, og de ansatte rapporterer å være tryggere på sitt eget faglige bidrag og ståsted.

3.5 Teamets organisering

En sosiolog ville kanskje si at Tøyen-prosjektet startet som samhandling mellom individer og skal ende som mer organiserte prosesser i form av etablerte rutiner og strukturer for det pasientrettede arbeid og den interne samordningen og utviklingen av fagkompetanse. Det vil si at prosjektet dreier seg om ordninger av sosiale relasjoner internt i teamet, mellom teamet og pasientene, og mellom teamet og samarbeidspartnere utenfor førsteetasjen. Hvordan var dette tenkt fra starten av, og hva har det blitt til per sommeren 2003? Hvordan organiserer teamet seg selv og hverandre, sin arbeidstid og pasientene, slik at de utnytter sin flerfaglige og høye kompetanse innen kombinasjonsproblematikken rus/alvorlig psykisk lidelse, og slik at de fungerer oppsøkende og i praksis er tilgjengelige når pasientene trenger dem?

Utgangspunktet

Utgangspunktet var at det skulle dannes et team med åtte kliniske medarbeidere – som samlet skulle ha høy kompetanse innen kombinasjonsproblematikken rus/alvorlig psykisk lidelse. I tillegg ville man knytte til seg forskningskompetanse. Dette teamet skulle ha stor grad av tilgjengelighet, og drive et intenst oppsøkende arbeid overfor en tallmessig begrenset pasientgruppe. Det var lagt opp til at man skulle jobbe turnus med noe tilgjengelighet på kveldstid og i helger. Det var også formulert målsettinger om at pasientene skulle kjenne alle teammedlemmene, slik at teamet i gitte situasjoner kunne dekke opp for hverandre og for hele pasientgruppen.

Det teamet man i løpet av 2001 rekrutterte, bestod som sagt av psykiater, psykologer, sykepleiere og sosionomer i tillegg til administrativ konsulent. Teamet er administrativt tilknyttet Tøyen DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus. Ellers fungerer behandlingsteamet som et selvstendig prosjekt, hvor en av psykologene fungerer som prosjektleder. I tillegg til disse personer og funksjoner har teamet knyttet til seg psykiater som ekstern veileder for teamet, og Fafo som ekstern evaluator. Sommeren 2002 sluttet prosjektets psykiater i forbindelse med utdanningssituasjon. Fungerende avdelingsoverlege ved Tøyen DPS overtok hennes funksjon.

Man tenkte seg ved oppstarten at både deler av pårørende-arbeidet, samt undervisningen av pasientene i rusmestring og sammenhenger mellom rusbruk og psykisk lidelse skulle foregå i grupper. Samtidig har man hele tiden hatt en målsetting om en individuell tilnærming i pasientarbeidet. I praksis er det kun det psykoedukative pårørende-arbeidet som delvis er organisert i grupper. I praksis består nok også pårørende-arbeidet hovedsakelig av individuelle støtte/gjenkjennelse-samtaler. Det pasientrettede arbeidet har fortrinnsvis foregått én-til-én med pasientene, og etter hvert som et samarbeid mellom minst to av klinikerne.

Praksis midtveis

Teamet startet opp med arbeidstid fra 08:00 til 15:30. I løpet av første året utvidet de sine åpningstider ved at de tirsdager og torsdager har åpne lokaler frem til 19:30. Tirsdager ble fra da av dagen for suppermiddager. Denne ble arrangert 3–4 ganger det første halvåret, mens man nå har disse annenhver tirsdag (tirsdagsklubben). Stort sett er det mellom 4–8 pasienter som møter opp. Torsdager har vært turdag, til Munchmuseet, Tusenfryd, Hovedøya eller kafébesøk.

Alle dager i førsteetasjen starter med morgenmøte, hvor man informerer hverandre om hendelser fra dagen før, orienterer hverandre om begivenheter som skal skje, og gjør avtaler med hverandre og fordeler oppgaver seg imellom. Dette er sentralen hvor mye informasjon gis og fås. Mandager er det i tillegg inntaksmøte. Her går man gjennom de henvisninger som er kommet inn, diskuterer og fordeler de utredningsoppgaver som må utføres innen man tar stilling til om pasienten skal skrives inn i prosjektet mm. Onsdager er det personalmøte eller fagmøte etter morgenmøtet, hvor alt det praktiske rundt personaladministrasjon og forvaltning er tema. Torsdager er det behandlingsmøte fra 12–14, hvor psykiater deltar den siste timen. Her presenteres og diskuteres behov for eventuell medisinerings, utredning, behandlingsbehov andre steder med mer for de aktuelle pasientene, og man gjør avtaler hos psykiater om møte med enkeltpasienter.

I tillegg gjennomfører teamet halvdags fagdag 2–3 ganger per halvår. Mange av disse brukes blant annet til gjennomgang og kvalitetssikring av diagnosesettingen på pasientene og tiltaksplaner/individuelle planer for pasientene mm. Dette gjøres ved diskusjon og gjennomgang i plenum og gruppevis av hver enkelt pasient.

Etter hvert i løpet av det første året begynte klinikerne å tematisere og etterlyse mer aktivt samarbeid om pasientene, at man alltid skulle være mer enn én terapeut involvert i arbeidet med den enkelte pasient. Etter hvert utviklet det seg en felles oppfatning av at dette var måten man skulle jobbe på.

Teamets vurdering

I de første intervjuene med teammedarbeiderne høsten 2001, var det flere som etterlyste følelsen av å jobbe sammen som team. De hevdet at de i alt for stor grad jobbet med den enkelte pasient alene, og at de som terapeuter satt mye i telefonen eller i individuelle samtaler med pasientene, enten i lokalene på Tøyen, hjemme hos klienten eller på et annet møtested. Flere påpekte at dette hemmet anvendelsen av teamets tverrfaglige kompetanse, og at det var en utfordring for teamets ulike faggrupper å bryte med det tradisjonelt individuelt tilrettelagte pasientarbeidet. Relatert til målsettingen om tverrfaglig samarbeid var dette betimelige innspill. Det at man den første tiden ikke hadde et system for hvordan man skulle jobbe med hverandres pasienter, og være hverandres ressurspersoner, var utfordrende for det faglige fellesskapet ved at det skapte en del faglig usikkerhet.

Teammedlemmer har hele tiden understreket viktigheten av faglig påfyll, og etterlyst dette. Det har ved gjentatte anledninger vært argumentert for at man skal ha jevnlig studieturer/arrangementer, og understreket viktigheten av dette i en såpass utsatt jobb som teamet befinner seg i.

Fafos vurdering

Et tverrfaglig sammensatt team sikrer ikke automatisk et tverrfaglig pasientarbeid. Det er heller ikke sikkert at man forvalter sin faglige bredde og dybde ved å ha felles morgenmøter med mer. Derfor anser Fafo det som en utvikling i riktig retning at teamet stadig videreutvikler det interne pasientsamarbeidet, og at de også etter hvert utvikler rutiner som beskriver hvordan de skal samarbeide i de ulike fasene av behandlingsmodellen. Behandlingsteamet skal kunne ta over for hverandre ved behov, og dette fordrer at den enkelte behandler kjenner alle pasientene

Fafo vurderer ikke skifte av psykiater som å ha hatt store konsekvenser for behandlingsteamets evne til å gi pasientene det de har behov for. Teamet har til tider gitt uttrykk for at de synes psykiaterens tid er en vel knapp ressurs, men det virker som dette er noe de etter hvert har tilpasset seg. En ubetinget fordel med dagens situasjon er at teamet har god kontakt med Manifestsenteret, siden psykiater er fungerende tilsynslege for denne behandlingsinstitusjonen. Det kan imidlertid være en utfordring at fungerende psykiater både er avdelingsoverlege ved Tøyen DPS, behandlingsprosjektets psykiater samt oppdragsgivers representant overfor Fafo og prosjektet. Dette er en side ved prosjektet vi vil belyse nærmere i evalueringens sluttrapport.

Fafo har ikke vært til stede ved suppemiddagene. Pasientene har i intervjuer med oss rapportert at de stort sett synes dette er et fint tilbud, men at de ikke går dit hver gang.

På flere tidspunkt siden oppstart har det foregått diskusjoner og gjort oppsummering som tilsier at teamet skal jobbe to og to, og at alle pasientene er teamets pasienter, og ikke den enkelte behandler. Behandlerne har imidlertid gjennomført dette i varierende grad frem til Borge 2003. Da definerte teamet tid og sted for når og hvordan den enkelte klient skal få tildelt hovedbehandler med mer. Det er Fafos inntrykk at det nå er en innarbeidet rutine å avgjøre hvilke to dette skal være, som del av utrednings- og inntaksprosedyrene.

3.6 Teamets arbeidsmåte

Utgangspunktet

Det var i utgangspunktet formulert følgende grunnleggende prinsipper for behandlingsteamets arbeidsmåte:

- Pasientene skal i størst mulig grad kjenne alle behandlerne, slik at teamet kan dekke opp for hverandre og for hele pasientgruppen.
- Pasientene skal oppsøkes der de befinner seg, både i kontaktoppbyggingsfasen og senere. Det skal legges arbeid i å finne pasientene – ute, i fengsel, på sykehus, hospits og liknende. Hvis og når det er nødvendig, vil teamet ha opp til flere kontakter med den enkelte pasient hver uke. Det skal tenkes helhetlig omkring pasienten. Det skal legges opp til et nært samarbeid med alle aktuelle av pasientens kontakter. Teamet skal delta i og være aktivt medvirkende til opprettelse av ansvarsgrupper for å utløse støtte og ressurser.
- Det skal fokuseres på pasientens nære behov – som bolig, arbeid/trygd, og sosiale relasjoner. Det skal arbeides for bedre bo- og behandlingsalternativer for disse pasientene, blant annet gjennom dokumentasjon og påvirkning for gode boligløsninger.

- Det skal arbeides med og undervises i konsepter som «Rusfrihet», «Enhver reise begynner med det første skrittet», «Jeg kan ikke klare det alene, men bare jeg kan klare det», «Å akseptere uten å resignere».
- Kontakten skal ha et langsiktig perspektiv. Hver enkelt pasient skal tilbys behandling og oppfølging i inntil to år.
- Avslutning av kontakt skal skje på pasientens initiativ.
- Teamet skal jobbe med hver enkelt pasient i følgende faser:
 - Kontaktoppbyggingsfasen (inntil ½ år)
 - Dialogen fokuserer på rus og psykisk lidelse (ca ½ år)
 - Målformulering og aktivt endringsarbeid (ca ½ år)
 - Forebygging av tilbakefall med relasjonsbygging med mer (ca ½ år).
- Det skal drives intensivt arbeid og samarbeid i psykisk helsevern, institusjoner og tiltak innen rusomsorgen for å høyne toleranse og forståelse for pasientgruppen og kompetanse innen feltet, og for å utvikle vilje og muligheter til å ta over/arbeide videre med disse klientene.
- Teamet skal utvikle og videreføre samarbeidsformer med den allmenne helse- og sosialtjeneste.

Praksis midtveis

Behandlingstiden for hver enkelt pasient er fortsatt to år, og det understrekes fortsatt at teamets arbeidsmåte preges av intensitet og pågåenhet både i pasientarbeidet og i arbeidet med systemene rundt pasientene. Det legges stor vekt på å finne pasientene og oppsøke dem der de til enhver tid befinner seg. Teamet har imidlertid kuttet fasene fra fire til tre, og de er sommeren 2003 delt inn i:

- Kontaktetablering
- Dialog med vekt på rus og psykisk lidelse
- Avslutning og kontaktoppbygging i pasientens nettverk

Det understrekes sterkere nå enn før at teamet fokuserer på pasientenes behov for hjelp og støtte i forhold til sosialkontor, bolig, metadon med mer, og at teamets metode er støtte og praktisk veiledning. Gjennom å følge pasientene rundt og være til stede sammen med dem, er teamets mål å hjelpe pasientene til å utvikle sine ferdigheter der pasientene lever, som er enten på gata, på hospits, i fengsel, på sykehus eller i sin egen bolig. Teamets arbeid og fokusering på dokumentasjon og påvirkning for gode boligløsninger understrekes fortsatt som viktig. Siden oppstarten har teamet også funnet det riktig å understreke viktigheten av teamsamarbeid og teamutvikling ved at dette nå er tatt inn i teamets nye brosjyre. Her sier de videre at de arbeider i fellesskap med diagnostiske vurderinger av pasientene, individuelle planer og grundige vurderinger av den enkelte pasient minst hvert halvår. Nytt er det også

at teamet nevner eksplisitt hvilke kartleggingsinstrumenter de anvender, og at de arbeider aktivt med undervisning og veiledning innad i psykisk helsevern og rusomsorgen for å høyne forståelse for pasientgruppen og kompetansen innen feltet., for på denne måten å utvikle vilje og muligheter til å samarbeide med disse instansene om pasientene.

Nytt siden oppstart er også at teamet midtveis i prosjektet er i ferd med å utvikle rutiner for å skriftliggjøre mye av det de gjør, noe som selvfølgelig også fungerer som dokumentasjon på hva de gjør og hvordan. Et eksempel på dette er at teamet på baksiden av sin nye brosjyre gir en punktvis beskrivelse av hvordan selve inntaksprosessen foregår. Hvert enkelt teammedlem har dessuten våren 2003 skrevet en utfyllende pasientbeskrivelse, som forberedes publisert. Disse arbeidskasusene fungerer som beskrivelser av hvordan den enkelte behandler jobber/har jobbet og tenkt rundt arbeidet med en utvalgt av sine pasienter.

Teamets begrunnelse og vurdering

For at teamet skal jobbe kontinuerlig med pasientene fordres det at alle teammedlemmene kjenner alle pasientene, og at de sånn sett kan ta over for hverandre ved behov. Derfor er prinsippet om to behandlere på hver pasient viktig. Teamet har også etter hvert sett betydningen av at de dokumenterer de behov de har kartlagt hos pasientene, fordi dette er viktige innspill i dialogen og diskusjonene med eksterne samarbeidsinstanser om hvilken hjelp og hvilke behandlingsbehov pasienten har og vil ha også etter at de skrives ut av Tøyen-prosjektet.

Fafos vurdering

Fafo har ansett det som viktig å være pådriver i utviklingen av skriftlige beskrivelser av hva behandlingsteamet gjør når og hvordan, ikke minst fordi dette fungerer som dokumentasjon både internt og eksternt for ulike faser av prosjektet. Samtidig er det alltid slik at man ikke utarbeider slik dokumentasjon av egen virksomhet før virksomheten har vært gjennom de nødvendige interne diskusjoner og klargjøringer, blant annet av faglig plattform og metodikk. Vi vurderer at teamet den første tiden har gjort mye viktig arbeid, at de har tydeliggjort viktige aspekter ved egen arbeidsmåte samt betingelser for godt teamsamarbeid på en måte som lover godt for fortsettelsen. Noe av utfordringen i så henseende slik vi ser det, blir for prosjektledelsen å fokusere og understreke nødvendigheten av ikke å bortprioritere kartleggings- og dokumentasjonsarbeidet til fordel for det daglige hastearbeidet.

3.7 Faglig utviklingsarbeid

Utgangspunktet

Ved oppstarten av prosjektet var det ikke fastlagt hvordan man skulle organisere denne biten av behandlingsteamets virksomhet. Men i løpet av prosjektets første halvår ble det arrangert en rekke faglige møter for teamet, med alt fra opplæring i bruk av diagnoseskjema PECC, gjennomgang og diskusjon av SCID I og II, fagdager med presentasjon av artikler om sentrale terapeutiske problemstillinger som overføringsproblematikk ved psykoterapi

med mer. I løpet av våren ble det bestemt at man skulle gjennomføre et todagers internt fagseminar på Borge i Vestfold. Dette har man gjentatt hver vår. Ellers har teamet fagmøter hver andre uke med ulike relevante tema, samt halvdagssamlinger til kvalitetssikring av diagnosesettingen på pasientene, utforming av individuelle planer med mer 2–3 ganger per halvår. I tillegg søker de internasjonal inspirasjon og komparativ kompetanse gjennom en årlig studietur på høsten. Første året var det København, andre året Stockholm og i år gikk turen til London.

Når det gjelder teammedlemmenes individuelle og kollektive behov har teamet muligheter til å tematisere og bearbeide disse sammen med ekstern prosessveileder, i tillegg til at teammedlemmene har hatt tilbud om veiledning to og to, henholdsvis hos teamets prosjektleider og spesialpsykolog.

Teamets begrunnelse og vurdering

Ekstern veiledning for teamet som gruppe gis hver andre uke. Det tok noe tid før dette kom i gang, den første veiledningen ble gjennomført i september 2001. Da var alle de ansatte på plass i lokalene på Tøyen. Fra intervjuene med de ansatte kommer det frem at disse veiledningene ikke fungerte helt etter forventningen de første 6–8 månedene, men at dette for så vidt er en erfaring andre liknende fagmiljøer har gjort seg, nemlig at det tar tid å utvikle en felles oppfatning av hva slike veiledningstimer skal brukes til, og å utvikle den nødvendige tillit til seg selv og til hverandre til at man tør å tematisere de personlige og gruppemessige utfordringene.

Fafos vurdering

Midtveis i prosjektet er det Fafos bestemte inntrykk at denne veiledningen skattes høyt i teamet, og den anses som helt nødvendig og svært viktig både for teamets faglige utvikling og for ivaretagelsen av den enkelte teammedarbeider og hans og hennes utviklingsprosesser.

En sentralt begrunnelse for at Tøyen-teamet skal være tverrfaglig sammensatt, er at de skal behandle både den psykiske lidelsen og rusmisbruket, samt forholde seg til andre psykososiale problemer pasienten sliter med. Dette forutsetter kunnskaper om systemene rundt, regelverk og nettverk, samt internt tverrfaglig samarbeid. Fafo anser det som en viktig forutsetning for å sikre denne tverrfagligheten at de utvikler metoder for konkret pasientrettet internt samarbeid slik prinsippet om to og to behandlere er, og at de fremover fortsetter å fokusere på videreutvikling av dette samarbeidet.

3.8 Kartlegging og evaluering

Utgangspunktet

Tøyen-prosjektet skal utvikle en klinisk behandlingsmodell basert på dokumentasjon og forskningsfaglige vurderinger av hvordan de jobber og hva de oppnår. Modellutviklingen skal være forskningsbasert, og det skal foretas en ekstern vurdering av hvorvidt behandlingsmodellen slik den praktiseres på Tøyen egner seg for den målgruppen den er tenkt for. For

å kunne vurdere om behandlingsmodellen gjør nettopp det, er det nødvendig å innhente opplysninger både om kjennetegn ved pasientene, kjennetegn ved behandlingsmodellen og teamets arbeidsmåte. Og det er nødvendig å ha data som sier noe om hvilke endringer som skjer med pasientene underveis og etter endt behandlingsprosjekt. Fordi man engasjerte et eksternt forskningsinstitutt til å evaluere prosjektet, og fordi mye av data er klinisk basert informasjon, må deler av datainnsamlingen foretas av behandlerne. Derfor er ansvaret for datainnsamlingen i prosjektet delt mellom evaluator og behandlingsteamet, grovt sett ved at behandlingsteamet innhenter pasientopplysningen og Fafo innhenter kunnskapen om teamet og utviklingen av selve behandlingsmodellen. I tillegg er det Fafo som intervjuer pasienter og samarbeidspartnere. Sistnevnte data vil bli nærmere presentert i evalueringen sluttrapport.

For å kunne gjøre en vurdering av behandlingsprosjektet som angitt over, ble det derfor ved oppstarten av prosjektet utarbeidet en prosedyreplan, hvor evaluator og prosjektledelse i fellesskap hadde laget en plan for hvilke kartleggingsinstrumenter behandlerne skulle anvende på ulike tidspunkt i den enkelte pasients behandlingsforløp. I tabell 3.1 gis en oversikt over de ulike kartleggingsinstrumentene. Når det gjelder andre aspekter/elementer i prosedyreplanen, viser vi til Vedlegg I.

Tabell 3.1 Kartleggingsinstrumenter per 2001

Kliniske kartleggingsverktøy	Utfyller	Tidspunkt
Pasientregistreringsskjema 1	Behandler	V/inntak
Pasientregistreringsskjema 2	Behandler	V/hver konsultasjon
SCID I og SCID II (på noen)	Behandler	V/inntak
M-CIDI (på noen)	Behandler	V/inntak
ASI (på alle)	Behandler	Innen 3 mnd og deretter hvert halvår
PECC (på noen)	Behandler	V/inntak og deretter hver 3 mnd.
Utvidet pasientregistreringsskjema (T-1)	Pasient	V/inntak og deretter hver 3 mnd
Lehmans livskvalitetsintervju	Behandler	V/inntak, etter 12 mnd og før avslutning
Opplevelsesverdenintervju	Behandler	I løpet av første 12. mnd
DTES	Behandler	V/inntak, etter 12.mnd og ved avslutning

Med sitt blotte omfang ser opplegget ut som et svært ambisiøst opplegg, men det må understrekes at ikke alle intervjuer (for eksempel PECC, CIDI og SCID) skal brukes på alle pasientene. Dette er instrumenter som til dels er utviklet, og de har sin styrke i forhold til ulike psykiske lidelser. Noen er gode til registrering og beskrivelser av psykotiske lidelser, andre av personlighetsforstyrrelser og atter andre på angst og depresjonslidelser. Derfor inneholder prosedyreplanen mange diagnostiske instrumenter, men de er hver i sær kun tenkt brukt på de av pasientene de egner seg for, og kun dersom klinikerne i prosjektet vurderer det som nødvendig. Klinikerne foretar i tillegg til de diagnostiske intervjuene selvfølgelig også kliniske observasjoner av pasientene, og internasjonale studier viser høy validitet i diagnostisering basert på klinisk skjønn.

Til hjelp for leseren i forhold til tabell 3.1, gir vi under en kort beskrivelse av de ulike instrumenter og skjema. Dette kan hoppes over av de som ikke finner det nødvendig med disse detaljene.

- *Pasientregistreringsskjema 1*: Selvkomponert skjema som i utfylt stand gir opplysninger om sosiale kjennetegn ved pasienten (sosial status, utdanning, familieforhold med mer). Skjema skal fylles ut av behandler på bakgrunn av henvisningsdokument, eventuelt justert i samtale med pasient.
- *Pasientregistreringsskjema 2 (senere kalt Tøyen I)* er et selvkomponert skjema til bruk for behandler etter hver konsultasjon. Her registrerer behandler sin vurdering av pasientens ruspåvirkning, personlig hygiene, angst/depresjon og psykotisk fungering – alt på en skala fra 1 til 5, hvor det en minst ønsker har høyest tallverdi. I tillegg skal behandler registrere hvor han/hun møtte pasienten. Ut fra skjema vil man over tid kunne lese ut forandringer og mønstre i pasientens atferd, og systematiske sammenhenger mellom rus og psykisk fungering for den enkelte. I tillegg registreres hvor pasient og behandler møtes, dvs at team og evaluator her etter hvert vil kunne få oversikt over alle de forskjellige arenaer behandlerne oppsøker sine pasienter på, og prosjektets grad av oppsøkende aktivitet. Dette skjemaet er tatt i bruk ut fra sin potensielle kliniske nytteverdi, ikke minst som mulig måte å fange sammenhenger mellom rusbruk og psykiske symptomer og lidelsestrykk. Dette er selve kjernetemaet i behandlingstiltaket. Evalueringen har tenkt kun å bruke opplysningene om sted for konsultasjon fra dette skjemaet.
- Som del av Tøyen DPS er Tøyen-prosjektet i utgangspunktet forpliktet til å bruke MBDS-skjema (Minste-Basis-Datasett) for pasientopplysninger ved inntak og GAF (Global Assessment of Functioning) ved inntak og utskriving av prosjektet. MBDS er et skjema som fylles ut av behandler ved innskriving. Skjemaet gir diverse personopplysninger om pasienten, så som navn, adresse, telefonnummer, yrke og pårørendes navn og adresse. Her skal behandler fylle ut innleggelsesparagraf, henvisningsinstans, hvor pasienten kommer fra, samt sosiale kjennetegn som sivil status og inntektskilde. Her skal man også fylle inn pasientens GAF-funksjon og symptom. Disse opplysningene legges inn i sykehusets DIPS-system, som evaluator ikke har tilgang til.
- *GAF (Global Assessment of Functioning Scale)*. Det er store ulikheter mellom pasienter med psykiske lidelser. Disse forskjellene finner en mellom de diagnostiske hovedgrupperinger og kombinasjoner av disse (nevroses, psykoser, personlighetsforstyrrelser). Innenfor samme diagnosekategorier er det forskjellige forløp av sykdommen. Forskjellene kan for eksempel dreie seg om mengden av symptomene, og av symptomenes intensitet. Det kan være variasjoner i mestrings av symptomer, seg selv og sin sosiale situasjon. Behovet for og evnen til å nyttiggjøre seg forskjellig hjelp, støtte og involvering fra andre varierer. Ulikheter kan også gjøre seg gjeldende hva angår effekt og opplevd nytte av de forskjellige former for behandling psykisk helsevern og Tøyen-prosjektet kan tilby sine brukere og deres familier. GAF er delt i en symptomskala (S) og en funksjonsskala (F), som begge gir et mål på en persons fungering på et gitt tidspunkt. Skalaverdiene på den versjonen som brukes av Tøyen-prosjektet, går fra 1 til 90, hvor høyere tall angir best fungering. Skalaen er inndelt i ti like intervaller, fra 1–10 og 81–90. (De fleste dagpasienter rapporteres å ha verdier mellom 40–70.) GAF regnes som et pålitelig instrument, og brukes i alle sykehus i Norge.
- *Europ-ASI (European Addiction Severity Index)* er en europeisk versjon av et opprinnelig amerikansk skjema. ASI er et strukturert intervju bestående av totalt 180 spørsmål, inn-

delt i 12 deler, fra A til K, med tema som fysisk helse, arbeid og forsørgelse, alkohol og narkotikabruk, kriminalitet, misbruk og psykiske problemer i familien, familiehistorie og sosiale relasjoner samt psykisk helse. Hele intervjuet varer mellom 45–60 minutter. Behandlingsteamet besluttet imidlertid kun å bruke delen om rus, men at intervjuet skulle gjennomføres flere ganger i løpet av pasientens behandlingstid. Som vi skal se var dette en ambisjon som fort ble endret til én gang ved oppstart og én gang før utskriving. Dette for å kunne måle endring i rusbruk. Det kreves opplæring for å gjennomføre et ASI-intervju. Intervjuet gjennomføres av behandlerne i teamet.

- *SCID I (Structured Clinical Interview for DMS-IV)* er et strukturert klinisk pasientintervju for diagnostisering av akse I-lidelser. Dette innebærer affektive episoder, psykotiske og assosierte symptomer, differensial diagnose av psykotiske forstyrrelser, affektive forstyrrelser, stoff og alkoholmisbruksforstyrrelser, panikkforstyrrelser, somatoforme forstyrrelser, spiseforstyrrelser, tilpasningsforstyrrelser og andre særskilte forstyrrelser. Behandlingsteamets psykologer gjennomfører disse intervjuene etter behov, og etter vurdering av hvorvidt pasienten vil være i stand til å gjennomføre et såpass krevende intervju. Det var i utgangspunktet tenkt at de aktuelle pasientene skulle intervjues så fort som mulig etter innskriving i prosjektet.
- *SCID II* er klinisk intervju for diagnostisering av akse II-lidelser, som er ulike personlighetsforstyrrelser. Det er meningen at de av pasientene som er i stand til å gjennomføre et slikt intervju, og i den grad prosjektet har kapasitet til det, skal gjennomgå intervjuet minst én gang i løpet av behandlingsperioden.
- *PECC*: Dette er et psykoseevalueringsverktøy for helsepersonell, og er et databasert strukturert spørreskjema for evaluering og oppfølging av psykotiske pasienter, basert på PANS og ICD-10. Det var tenkt at dette skulle brukes ved inntak i prosjektet og flere ganger i løpet av behandlingsperioden.
- *M-CIDI*: Dette er et strukturert og databasert kartleggingsinstrument for diagnostisering av symptomlidelser (akse I-lidelser). Ifølge planen skulle de aktuelle pasienter gjennomføre intervjuet ved innskriving i prosjektet. Pasienten intervjues av behandler.
- *T-1*: Skjema for personopplysninger fra Jon Monsens «Multisenterstudie». Inneholder fire selvutfyllingsskjemaer som skal fylles ut av pasienten, eventuelt med bistand fra behandler. Skulle også brukes flere ganger for å måle endringer hos pasientene.
- *SCL90*: Selvutfyllingsskjema med 90 spørsmål. Symptomdiagnostikk psykiske lidelser.
- *Lehmanns Livskvalitetsintervju* er et strukturert intervju med hensikt å evaluere levestandardene til pasientene, både i forhold til hva de faktisk gjør og opplever («objektiv livskvalitet») og hvordan de selv ser på sine opplevelser («subjektiv livskvalitet»). Foretas av behandler. Dette intervjuet var tenkt brukt flere ganger i løpet av behandlingsforløpet for å registrere endringer i pasientens livskvalitet.
- *Opplevelsesverdenintervju*: Intervjuet skal foretas av behandler, og det legges vekt på at den intervjuede skal kunne beskrive sine opplevelser så nært som det er mulig. Intervjuet er laget av teamets spesialpsykolog, og er inspirert av P. Møllers dybdeintervjuer av unge nysyke schizofrene og av fenomenologisk metode.

Praksis midtveis

Det har vært en prosess å anvende og prøve ut de kliniske kartleggingsinstrumenter, både for behandlingsteamet og for Fafo. Det første året gjennomgikk teamet en prosess hvor de diskuterte og forsøkte seg frem med de fleste av skjemaene presentert i oversikten over. En ansatt gjennomgikk kurs i ASI, to ansatte lærte seg CIDI, og seks av de ansatte deltok på kurs i PECC. De øvrige skjemaene var det kun Fafo og spesialpsykolog som fikk introduksjoner til. I løpet av de første to årene i prosjektet utviklet Fafo fire prosedyreplaner.

De erfaringene teamet og evaluator gjorde seg underveis, gjorde at man våren 2003 endte opp med et utvalg kartleggingsinstrumenter som vist i tabell 3.2. På Borge 2003 bestemte man at det var viktig og nødvendig å anvende disse instrumentene på så mange som mulig av pasientene, selv om det fortsatt er frivillig for pasientene om de vil delta i forskningsdelen av behandlingsprosjektet, det vil si om de vil la seg intervju og henholdsvis selv fylle ut skjemaene over. Ikke desto mindre er det per høsten 2003 følgende plan som gjelder for hvilke pasientopplysninger som skal hentes inn av behandlingsteamet.

Tabell 3.2 Oversikt over kliniske kartleggingsinstrumenter per juni 2003

Verktøy	Utfyller	Tidspunkt
Tøyen I	Behandler	V/hver konsultasjon
MBDS	Behandler	V/inntak og utskriving
GAF	Behandler	V/inntak og utskriving
Europ ASI	Behandler	V/inntak og utskriving
HSCL-25*	Pasienten selv	V/inntak og før utskriving
SCID I og II	Behandler	En gang

⁶ HSCL-25 (Hopkins Symptom Check List) HSCL-25 er et selvutfyllingsskjema hvor pasienten skal angi hvor mye han eller hun har vært plaget av 25 ulike symptomer de siste 14 dagene før utfylling. Dette er kortversjonen av et skjema på i alt 90 spørsmål, og erstatter det opprinnelig tenkt brukte skjema SCL90. Skjemaet skal presenteres for pasientene to ganger i løpet av deres toårige behandlingsperiode: første gang i løpet av de første 3 mnd. og andre gang i løpet av de siste 3 mnd. de er med i prosjektet. Dette for å registrere endring.

Teamets begrunnelse og vurdering

Ettersom behandlingsprosjektet ikke hadde avgrenset pasientgruppen diagnostisk ved oppstart, og fordi man var opptatt av å registrere endringer over tid i den enkelte pasients behandlingsforløp, var prosjektledelsens tanke at man trengte ulike diagnostiske verktøy. Til dette trengte man å innhente teoretisk og erfaringsbasert kunnskap fra andre kliniske miljøers bruk av de ulike instrumentene, og man ønsket å gjøre egne vurderinger av de ulike instrumentenes egnethet for nettopp Tøyen-prosjektets målgruppe. Som ledd i dette arbeidet gjennomførte teamet internseminar om erfaringer med bruk av alle de tre diagnostiske instrumenter. I tillegg var tre av psykologene i teamet sertifisert til å bruke SCID I og II, og en ansatt hadde gjennomgått opplæring i bruken av ASI tidligere.

Det viste seg at teammedarbeiderne opplevde forsvarligheten, de etiske implikasjonene rundt og nytteverdien av å bruke disse skjemaene svært ulikt. Det var hele tiden diskusjoner i teamet rundt disse spørsmålene, og noen av teammedarbeiderne var uttrykte motstan-

dere av de fleste av skjemaene. Høsten 2002 foretok teamet en oppsummering⁶ av sine erfaringer og vurderinger av sine foreløpige erfaringer, og i dette notatet fremkommer det at man fant det nødvendig å begrense antall strukturerte intervjuer basert på diagnostiske skjema, fordi teamet fant dette til dels uforenlig med å bygge tillit og kontakt mellom seg og pasientene. Som vi har vært inne på er arbeidet med pasienten inndelt i fire faser. Pasientene trenger ulik tid i de ulike fasene. Behandlernes hovedanliggende den første tiden er å etablere kontakt og skape en bærekraftig allianse med pasientene. Dette er spesielt krevende med denne pasientgruppen, siden mange av pasientene har dårlige erfaringer med behandlere og hjelpeapparat. Teamet oppsummerer i sitt notat at de på det daværende tidspunkt hadde fått negative tilakemeldinger fra pasienter som hadde opplevd utspørringene som belastende, noen opplevde seg retraumatiserte ved at behandleren spurte dem om fortiden. Andre pasienter hadde gitt uttrykk for at de opplevde det som skamfullt å skulle besvare spørsmål om kontakt med venner og familie, fritidsaktiviteter osv. I tillegg var det teamets vurdering at for mange av pasientene stengte rus og psykotisk fungering for mulighetene for å få til et meningsfullt intervju, og at det derfor var relativt hensiktsløst å gjennomføre intervjuene i det hele tatt.

En målsetting med Tøyen-prosjektet er at de skal prøve ut hvilke instrumenter som fungerer bra og dårlig i kartleggingen av pasientene og deres vei gjennom og ut av behandlingsprosjektet. Teamets erfaringer de første to årene er at ikke alle instrumentene egner seg for pasientgruppen. De oppsummerte etter to år at en del av kartleggingen klart kom i motsetning til målsettingen med prosjektet. Å drive intenst oppsøkende arbeid, å etablere kontakt med folk som har store vanskeligheter med menneskelig kontakt overhodet, måtte etter teamets vurdering ikke bli forhindret av pålegg om bruk av spesielle instrumenter.

Ved videre utprøving og tilpasning i forhold til hvem de anvendte de ulike skjemaene på, oppsummerer teamet videre at de fant at noen av enkeltinstrumentene kunne utgjøre et forsvarlig minimum. Disse ble brukt på ulike tidspunkt i den enkelte pasients forløp, og avvek slik i forhold til det som var strukturen og rytmen i datainnsamlingen. I desember 2002 oppsummerer teamets spesialpsykolog at de har intervjuet 70 prosent av pasientene én gang etter ASI-rus, og om lag 60 prosent etter SCID I og SCID II.

Videre heter det i denne oppsummeringen at ASI-rus er nødvendig som en minimumskartlegging av rusavhengighet, selv om erfaringen viser at det ikke er overensstemmelse mellom hva som kommer frem i intervjuene med pasienten, og i samtale med pårørende. Siden Tøyen-prosjektet ikke bruker urinprøver eller andre kontrolltiltak for registrering av rusbruk, har de ingen sikre kilder til korrigering av pasientens rapportering. Ikke desto mindre oppsummerer teamet at de regner opplysningene pasienten gir hva gjelder debutalder, år brukt og særlig delen om behandlingserfaringer som rimelig pålitelige resultater. Behandlerne opplever at formuleringer og tone i ASI-intervjuet harmonerer bedre med kontakten med pasientgruppen enn andre skjema de har prøvd ut. Oppsummeringsvis sier de at de vurderer om de skal ta i bruk hele ASI for den andre toårsperioden i prosjektet.

På Borgeseminaret i juni 2003 ble det igjen oppsummert at hele ASI skal brukes på så mange av pasientene som mulig to ganger i løpet av pasientens toårige behandlingstid.

⁶ Dette er samlet i notat av P. Lohne 05.12.02. Notatet danner grunnlaget for oppsummeringen av teamets erfaringer med bruk av de ulike diagnostiske instrumentene gitt i dette kapitlet.

I pasientregistreringsskjema 1 (Tøyen I) registrerer behandleren etter hver konsultasjon pasientens ruspåvirkning, psykotiske fungering, angst/depresjon og hygiene. I tillegg noteres hvor konsultasjonen fant sted. Inntil desember 2002 var dette skjemaet brukt for 80 prosent av konsultasjonene, og blir av de behandlerne som brukte/bruker det ansett for å gi et rimelig godt bilde av behandlerens opplevelser av endringer hos pasienten. Dette skjemaet verdsettes ikke minst for dets praktiske nytte i hverdagen, gjennom at det gir behandler muligheter til å anskueliggjøre den enkeltes individuelle prosesser sammen med pasienten. Spesielt vurderes skjemaet som nyttig i dialogen med pasientene om sammenhengen mellom rusbruk og psykotisk fungering, og at dette kan bedre både behandlerens og pasientens innsikt i de personlige sammenhenger som her gjør seg gjeldende. Interageringen over tid mellom de to lidelsene (hos DD-pasienter) påpekes nå blant annet av Drake og Mueser som sentralt å studere nøye (Drake og Muser 1998).

I løpet av de første to årene hadde 30 pasienter (60 %) gjennomført et SCID-intervju. Intervjuet er dels komplisert og tidkrevende å bruke, og teamet sier at de ofte har brukt svært lang tid på å komme gjennom det hele. De har derfor delt opp intervjuet og tatt bit for bit over en 2–3 måneders periode. Teamets egen begrunnelse er til dels at pasientene er lite tilgjengelige på grunn av rus og psykose, at teamet har nedprioritert intervjuingen i perioder samt at intervjuet til dels er vurdert å komme i motsetning til utviklingen av tillitsforholdet. Dette også til tross for, som de sier, at intervjuet i de fleste tilfeller faktisk gjennomføres av andre enn primærbehandler.

I de tilfeller hvor man har gjennomført intervjuet, vurderes informasjonen å være av stor klinisk verdi. Dessuten gjør måten intervjuingen er organisert internt i teamet på at flere enn pasientens hovedbehandler blir ganske godt kjent med pasienten. Intervjuene har i de fleste tilfeller blitt dypere kliniske intervjuer, hvor man har fått frem viktige forhold ved pasientens utvikling, oppvekst og voksenliv. Teamet tror dette intervjuet har vært til nytte for de fleste av pasientene ved at det har gitt økt innsikt. Teamet ønsker derfor å bruke SCID også de siste to årene, men med to forbehold: det skal ikke benyttes i de tilfeller der det nylig er foretatt en grundig diagnostisk utredning av andre (for eksempel i forbindelse med utskriving fra behandlingsinstitusjon el.l.), og heller ikke når det er grunn til å tro at intervjuet vil hindre utviklingen av tilliten mellom behandler og pasient.

Det har i de første to årene vært gjennomført fire nevropsykologiske undersøkelser. Dette gjøres ikke av teamet, da ingen har kompetanse til dette – en kompetanse som har vært etterlyst i teamet. Disse er derfor gjennomført av andre enn teamet, men vurderes å ha hatt stor nytte i behandlings- og rehabiliteringsprosessen, selv om det ofte har tatt lang tid fra bestilling til gjennomføring av disse testene.

En rekke av de opprinnelig planlagt anvendte skjema og intervjuer er ikke brukt i behandlingsprosjektet, eller de er brukt og forkastet som lite egnede. Teamets vurdering er blant annet at den opplæringen de i 2001 gjennomgikk i PECC var nyttig, særlig i forhold til hvordan de etterpå har vurdert og forholdt seg til psykotisk fungering, selv om de aldri har benyttet intervjuet i sin helhet. Lehmanns livskvalitetsintervju har de gjennomført på mange pasienter, med deretter vurdert intervjuet som lite hensiktsmessig, fordi det i svært liten grad er tilpasset disse pasientenes livssituasjon. Behandlerne har opplevd det pinlig å gjennomføre intervjuet, ikke minst fordi intervjuet i stor grad fremhever pasientens tilkortkommenheter i livet. CIDI har teamet anvendt kun i få tilfeller og da for å kartlegge ett

område, som for eksempel spiseforstyrrelser. SCL90 og de ulike intervjuene fra Multisenterstudien har teamet ikke benyttet i det hele tatt, fordi dette ikke har vært mulig eller hensiktsmessig.

Fafos vurdering

Som nevnt tidligere har det vært en mer eller mindre kontinuerlig diskusjon av erfaringer med og vurderinger av bruken av de ulike kartleggingsinstrumenter og registreringsskjemaer. Siste diskusjon var på Borge i juni 2003. Evaluatør har helt siden oppstart deltatt i disse diskusjonene med teamet, og argumentert for nødvendigheten av å hente inn og systematisere opplysninger om pasientene, og viktigheten av at opplysningene hentes inn på de tidspunktene i pasientens behandlingsforløp som er angitt i prosedyreplanen mm. Det er viktig at prosjektet dokumenterer hvilke pasienter de faktisk jobber med, slik at omverdenen kan bedømme det de gjør og får til av endringer, blant annet når det gjelder kjennetegn ved pasientene ved innskriving i prosjektet. Bare på den måten vil Fafo kunne gi holdbare vurderinger av hva som skjer med pasientene i løpet av behandlingsforløpet, og derigjennom si noe om hvilke pasienter som ser ut til å ha nytte og hjelp av prosjektet, og hvem som eventuelt profiterer mindre bra på et behandlingsopplegg og en metode som den Tøyen-prosjektet praktiserer.

Grunnet forhold rundt innsamlingen av data er det for den første gruppen pasienter ikke mulig å gi de kvantitative fremstillinger av endringer i pasientenes psykiske lidelse, rusbruk og livskvalitet slik det var tenkt at prosedyreplanens datakilder skulle sikre. Registrering av sentrale kjennetegn ved pasientene er ikke gjort systematisk, ikke minst gjelder dette data om endring over tid, siden man ikke har brukt de utvalgte kartleggingsinstrumentene flere ganger på hver enkelt pasient. Begrunnelser for hvorfor dette har vært vanskelig eller har blitt valgt bort, er beskrevet andre steder i dette notatet. Her kan det være på sin plass å påpeke at evaluatør hele tiden har argumentert for at teamet bør anvende hele ASI-intervjuet på pasientene to ganger i løpet av behandlingsperioden. Dersom dette gjennomføres, vil man ha systematiske opplysninger om helt vesentlige livsområder for pasientene, og man vil få dokumentert hvilke endringer som skjer i de ulike livsområdene i løpet av de to årene pasienten deltar i behandlingsprosjektet. De data evaluatør på det sterkeste anbefaler at teamet sikrer seg ved bruk av ASI-intervjuet, danner forutsetningen for at evaluatør skal kunne vurdere behandlingsprosjektets egnethet for pasientgruppen. Videre anbefalinger i så hørende er gitt i kapittel 5.

3.9 Oppsummering

Kapitlet har presentert sentrale elementer i behandlingsmodellen beskrevet i henhold til situasjonen ved oppstart og de endringer som er gjort i løpet av de to første årene. Oppsummert kan hovedtrekkene fra kapitlet sies å være at teamet har gått bort fra kriteriet om rusfrihet, søkelyset er på skadereduksjon, medikamentassistert rehabilitering, samtaler om rus og psykisk lidelse, støtte og praktisk hjelp samt etablere og stabilisere kontakt mellom

pasienten og andre deler av hjelpeapparatet. Et sentralt prinsipp i New-Hampshire-modellen er at hver enkelt behandler skal ha et begrenset antall pasienter. Tøyen-teamet har justert seg inn på et lavere måltall enn på forhånd antatt. Fafo finner det fornuftig at teamet gjør løpende vurderinger av dette heller enn å være opptatt av at måltallet er absolutt. For øvrig er det stadige diskusjoner av inntakskriterier og en fleksibel holdning til disse. Første året var preget av en viss uro på grunn av ansettelse på ulike tidspunkt, men de ansatte rapporterer større ro og trygghet i teamet nå. Ekstern veiledning og fokusering på teamutvikling har vært viktige bidrag i så måte, og anses som sentrale for å få fullt utbytte av teamets tverrfaglige kompetanse også i tiden som kommer.

Prosjektet er et tverrfaglig sammensatt poliklinisk team. Behandlerne oppsøker pasientene der de befinner seg, enten det er i fengsel, på hospits, på gata, hjemme eller på institusjon. Det praktiseres åpenhet og gjestfrihet i lokalene ved at pasientene er velkomne når de selv ønsker det innenfor prosjektets åpningstider. Her tilbys de samtaler, informasjon, praktisk hjelp, mat, tilgang på vaskemaskin, dusj, PC og telefon. Og det er alltid varm kaffe på trakteren. Teamet legger vekt på også å være et tilbud for pårørende.

Tverrfaglig og integrert samarbeid søkes gjennom daglige morgenmøter, ukentlige inntaksmøter og ukentlige behandlingsmøter der alle ansatte deltar. I tillegg har gruppen felles veiledning en gang per måned. Etter hvert har det også nedfelt seg et prinsipp om at teamsamarbeid i det praktiske pasientarbeidet utføres ved at det til enhver tid er minst to behandlere involvert i behandlingen av den enkelte pasient. Dette er etter evaluators vurdering sentralt for å sikre kontinuitet i behandlingen, ved at hele teamet og ikke den enkelte behandler tar ansvar for den enkelte pasient.

Bruken av kartleggingsverktøy og innsamling av kvalitative data er et stadig diskusjonstema i teamet. Evaluator vurderer slike opplysninger som sentrale for å kunne dokumentere teamets arbeid og pasientenes forløp gjennom behandlingen. Fafo vil fortsatt delta både i teamutviklingsprosesser og i den videre struktureringen av prosjektet i form av pådriverrolle i forhold til implementering av prosedyreplanenes ulike elementer, samt dokumentasjon av fremgangsmåter og gjøremål i ulike deler av prosjektet.

Det er evaluators hovedvurdering at teamet har et utprøvende forhold til den opprinnelige behandlingsmodellens ulike elementer/prinsipper, og at de viser stor fleksibilitet og evne til å tilpasse modellen til norske forhold. Meningsfull aktivitet på dagtid, trivsels og vekstjobber for noen av pasientene og tilpassede boligløsninger peker seg ut som elementer av stor betydning for prosjektets mulighet til å lykkes med å stabilisere pasientens livssituasjon og bidra til økt livskvalitet.

4 Kjennetegn ved pasientene

Under presenterer vi sentrale kjennetegn ved pasientene slik de fremkommer gjennom bruk av datakilder nærmere beskrevet i kapittel 1.4. For nærmere detaljer om data viser vi til kapittel 2 foran i dette notatet.

Per juni 2003 hadde prosjektet mottatt totalt 214 henvisninger, 78 pasienter var skrevet inn i perioden, og 22 pasienter hadde gjennomført to års behandling og blitt skrevet ut av prosjektet. Vi har organisert beskrivelsen av pasientene i tre underkapitler; først gir vi en kort oversikt og vurdering av henvisningene (4.1), deretter av opplysningene vi har om de innskrevne pasientene (4.2), og til slutt de utskrevne (4.3). I kapittel 4.4 presenterer vi noen hovedinntrykk fra intervjuene vi har hatt med pasientene om deres erfaringer med prosjektet. Aller sist i dette kapitlet gir vi vår oppsummering av sentrale kjennetegn ved pasientene i prosjektet slik de fremkommer per juni 2003 (4.5).

Sentrale forskningsspørsmål i kapitlet er:

- Hva kjennetegner pasientene ved innskriving når det gjelder rusbruk og psykisk lidelse og funksjonsnivå?
- Hva skjer av endringer i pasientenes psykiske og fysiske helse i løpet av behandlingsperioden?
- Hva skrives pasientene ut til etter endt behandling?
- Hva har etter pasientenes syn skjedd av viktige endringer i løpet av prosjekttiden?

4.1 Henviste pasienter

I alt har prosjektet mottatt 214 henvisninger frem til sommeren 2003. Alle henvisningene er behandlet. 136 er avvist og/eller henvist til andre deler av behandlingssystemet. I alt er 78 pasienter skrevet inn i prosjektet siden oppstart. Henvisende instans for de innskrevne pasientene er vist i tabell 4.1

Tabell 4.1 Totalt antall henviste pasienter etter kjønn og alder i perioden 2001–2003¹. Absolutte tall (prosent i parentes)

	14-23 år	24 -33 år	34 - 43 år	44 - 53 år	Over 53 år	Totalt
Kvinne	6	24	46	6	3	85 (40)
Mann	9	54	45	20	1	129 (60)
Totalt	15 (7)	78 (36)	91 (43)	26 (12)	4 (2)	214 (100)

¹ Registreringen er foretatt 8/7-2003

Som det fremgår av tabellen, er hoveddelen av pasientene som henvises til prosjektet mellom 24 og 53 år. Kun fire pasienter over 53 år er henvist til prosjektet i perioden. Dette betyr at det i perioden ikke har vært veldig stor pågang for at behandlingsprosjektet skal ta inn eldre pasienter enn det de har definert som sin målgruppe. Dette kan være en konsekvens av at prosjektet har nådd frem med informasjonen om alderskriteriet for inntak i prosjektet, eller det kan bety at behandlingsbehovet i denne aldersgruppen ikke er større, eller at pasienter i denne aldersgruppen får sine behandlingsbehov dekket andre steder. Ett aspekt som muligens slår inn her er at dødeligheten blant de aller dårligste stoffmisbrukerne er stor, og at det derfor relativt sett er færre som tilfredsstillende de andre inntakskriteriene i de eldste aldersgruppene enn i de yngre.

Vi skulle gjerne visst mer om de henviste pasientene enn kjønn og alder. For eksempel ville det være av interesse å kunne gi en vurdering av eventuelle forskjeller mellom bydelene hva gjelder henvisninger til prosjektet, om det er noen bydeler/henvisningsinstanser som sjeldnere enn andre får sine pasienter inn i prosjektet med mer. Vi vil derfor innhente informasjon om blant annet henvisningsinstans for alle henviste pasienter, og integrerer dette i sluttrapportens vurderinger.

4.2 Innskrevne pasienter

Når behandlingsteamet mottar henvisninger, foretar prosjektleder en første gjennomgang av disse. Deretter skal hver enkelt henvisning presenteres på inntaksmøtet. På inntaksmøtet gjøres vurderinger av hvilken behandler som har lyst, tid og kompetanse i forhold til denne pasientens kjennetegn, problemer og behov, og denne behandleren tar oppdraget med å utrede pasienten ytterligere. Dette betyr å ta kontakt med henvisningsinstans og andre for å innhente nødvendige opplysninger om pasienten, møte og snakke med pasienten. Prosjektet tilbyr pasientene tre inntakssamtaler, slik at prosjektet og pasienten i fellesskap kan gjøre en vurdering av hvorvidt prosjektet er et ønsket og nyttig tilbud. En av de tre samtalene man har med pasienten skal foregå sammen med en av de andre i behandlingsteamet. I løpet av eller etter endt prosess gjøres det så en totalvurdering av pasienten og hvorvidt hun eller han skal tas inn i prosjektet. Denne vurderingen gjøres på inntaksmøtet, det vil si av hele teamet i fellesskap.

En oversikt over hvem som henviser pasienter til Tøyen-prosjektet viser at totalt 33 instanser utenom pasienten selv har henvist en eller flere personer (se tabellvedlegg). Dette tyder på at Tøyen-prosjektet er relativt godt kjent rundt om i Oslo, og at teamet tilsynelatende har lyktes med å spre informasjon om seg selv til sosialsentre, PUTer, DPSer og andre i Oslo. Det er i alt ti sosialsentre som har henvist pasienter dit, alle psykiatriske avdelinger ved alle sektorsykehusene. Feltpleien, Uteseksjonen, PRO-senteret og Natthjemmet har i alt henvist ti pasienter. En overvekt av pasientene ble i 2001 rekruttert fra poliklinikken på Tøyen. Dette skyldtes at to av prosjektmedarbeiderne jobbet der i påvente av oppstarten av prosjektet, og hadde rekruttert og innledet kontakt med disse pasientene før prosjektet formelt startet opp i januar 2001. Det anses som noe overraskende at det bare er tre av byens totalt ni DPSer som så langt har henvist pasienter til prosjektet. Betyr dette at de resterende DPSene har et tilfredsstillende behandlingstilbud til alvorlige dobbeltdiagnosepasienter,

Tabell 4.2 Innskrevne pasienters bydelstilhørighet (n=72)

Bydel	Antall pasienter
Gamle Oslo	23
Sagene/Torshov	10
Grünerløkka/Sofienberg	10
St.Hanshaugen/Ullevål	6
Furuset	3
Ullern	2
Hellerud	2
Uranienborg	2
Bygdøy/Frogner	2
Grefsen/Kjelsås	2
Stovner	2
Helsfyr/Sinsen	1
Røa	1
Sogn	1
Grorud	1
Romsås	1
Bøler	1
Totalt	72

betyr det at de ikke har kjennskap til Tøyen-prosjektet og muligheten de har for å henvise pasienter dit, eller betyr det at de ikke har oppmerksomheten rettet mot denne pasientgruppen, og derfor ikke har identifisert personer i sitt distrikt som har behov for Tøyen-prosjektets behandlingstilbud? Ellers kanskje noen av disse DPSene faktisk ikke har pasienter med behov for Tøyen-prosjektets behandlingstilbud i sitt opptaksområde?

Som tabell 4.2 viser er det store forskjeller når det gjelder hvilke deler av byen som rekrutterer pasienter til Tøyen-prosjektet. Av 72 innskrevne pasienter er hele 23 fra Gamle Oslo, ti fra Sagene/Torshov og ti fra Grünerløkka/Sofienberg. Dette vil si at hele 43 (70%) av pasientene i prosjektet kommer fra disse tre sentrumsnære bydelene. I sluttrapporten ønsker vi å presentere en oversikt over alle pasienters bydelstilknytning og henvisningsinstans, slik at vi kan se om det er systematiske forskjeller mellom de henviste og de innskrevne pasientene i så henseende, og om det er systematiske forskjeller som ikke lar seg forklare ut fra pasientgruppens kjennetegn. En del av samarbeidsoppgaven til teamet er å spre informasjon om hva som er Tøyen-prosjektets målgruppe, og å finne hensiktsmessige arbeidsfordelinger mellom Tøyen-prosjektets målgruppe og den pasientgruppen for eksempel de ulike DPSene selv skal kunne gi et behandlingstilbud til.

Totalt er det fra januar 2001 og frem til juli 2003 skrevet inn 78 pasienter. Disse fordeles seg med hensyn til kjønn og alder som vist i tabell 4.3.

Tabell 4.3 Totalt antall innskrevne pasienter i perioden, fordelt på kjønn og alder. Prosent i parentes

	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	Totalt
Kvinne	12	14	7	-	34 (44)
Mann	12	22	10	1	44 (56)
Totalt	24 (31)	36 (46)	17 (22)	1 (1)	78 (100)

Av de totalt 78 innskrevne pasientene er situasjonen per juli 2003 at tre pasienter er døde, mens syv pasienter er avsluttet, fordi det ikke var mulig for teamet å få tak i dem i løpet av en periode på 6–8 måneder. Fire av pasientene har ikke hatt relasjon til teamet tilstrekkelig lenge til at de regnes som aktive pasienter. Aktive betyr i praksis at de i gjennomsnitt har hatt kontakt med prosjektet én til to ganger i uken i minimum tre måneder. I det følgende opererer vi dermed med 64 pasienter som regnes som aktivt med i behandlingsprosjektet. Totalt gir dette et frafall på 13 prosent og en dødelighet på 4 prosent. Dødeligheten i andre populasjoner stoffmisbrukere er av andre vist å være på mellom 1,5 og 3 prosent, men dette er danske tall (Socialstyrelsen 1995). Ikke desto mindre ser det ut til at dødeligheten blant Tøyen-pasientene i 2001 og 2002 var relativt høy.

Når det gjelder kjønns- og aldersfordelingen, viser tabell 4.3 flere ting. Man regner at populasjonen stoffmisbrukere med psykiatriske lidelser fordeler seg med 30 prosent kvinner og 70 prosent menn. Som vi ser har Tøyen-prosjektet langt flere kvinner med sin 44 og 56 prosents fordeling. Dette kan skyldes flere ting. Kvinner antas generelt å ha behandlingsbehov som er mer tilpasset behandlingstilbudene enn menn. Dette gjenspeiles i kjønnsfordelingen blant brukere av diverse helsetjenester ved en overrepresentasjon av kvinner. Tøyen-teamet har i perioder fokusert spesielt på at det har vært viktig å rekruttere kvinner, fordi mennene var sterkt overrepresentert blant de pasientene som ble rekruttert til prosjektet i løpet av første halvår. Dette har de tilsynelatende lykket med. En annen forklaring på den høye kvinneandelen kan være at dette gjenspeiler en faktisk kjønnsfordeling i populasjonen stoffmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser i Oslo per 2003.

Uavhengig av kjønn viser tabell 4.3 at nesten halvparten av pasientene er mellom 30 og 39 år, mens 31 prosent er mellom 20 og 29 år. Det vil si at langt de fleste av pasientene (77 prosent) er under 40 år. Dette må sies å bekrefte at prosjektet tilfredsstiller inntakskriteriet om alder. For det andre er kvinnene relativt sett yngre enn mennene, ved at hele 35 prosent av kvinnene er mellom 20–29 år, mens dette gjelder for 27 prosent av mennene.

Per juni 2003 har Tøyen-prosjektet holdt på i to og et halvt år. I gjennomsnitt har hver enkelt behandler i denne perioden hatt åtte pasienter. I praksis har antallet variert mellom 5–8, ikke mellom 8–10 som man sier er måltallet i New Hampshire, og som man antok ville være antallet også på Tøyen. Grunnen til at teamet på Tøyen har færre pasienter hver, skyldes ikke mangel på henviste pasienter i målgruppen, men først og fremst at pasientene er så tid- og ressurskrevende at teamet har funnet det nødvendig å holde et lavere måltall enn hva man opprinnelig ønsket. Vi er ikke i stand til å vurdere hvorvidt Tøyen-prosjektet i praksis har tyngre pasienter enn andre tilsvarende prosjekter, men det er hevet over tvil at mange av disse pasientene representerer en stor innsats i tid og krefter, og at aktivt oppsøkende i et langsiktig perspektiv med disse pasientene er svært krevende for behandlerne. Å etablere strukturer rundt noen av disse pasientene tar svært mye tid, mens andre pasienter

med tilrettelagte boliger og andre personer rundt seg ikke krever på langt nær så mye. Vurderingene for teamet har vært å ivareta den enkelte behandler, og at man dermed sikrer at den enkelte pasient får den nødvendige oppfølging og støtte.

Pasientenes psykiatri- og rusdiagnoser

Mange av pasientene kommer til prosjektet uten psykiatrisk diagnose. Intensjonen er at behandlingsteamet dersom det er nødvendig skal diagnostisere pasientene så raskt som mulig etter innskriving, blant annet fordi dette danner basis for vurderinger av hvorvidt teamet behandler de rette pasientene, og for hvilke endringer som skjer med pasientene i løpet av behandlingsperioden. I praksis viser det seg at teamet bruker noe tid på å få gjennomført dette, ikke minst fordi det i mange tilfeller tar lang tid å etablere en tilstrekkelig allianse med pasienten til at behandler vurderer dette som tilrådelig, eller før pasienten av andre grunner er klar til å gjennomføre et diagnostisk intervju. Fafo legger i siste halvdel av prosjektet derfor opp til at vi systematiserer anonymiserte journalopplysninger om henvisningsdiagnoser. En slik oversikt vil i sluttrapporten kunne danne basis for vurderinger av eventuelle endringer som skjer i diagnosene underveis i prosjektet; om det er grupper av pasienter som er systematisk feildiagnostisert, underdiagnostisert med mer. Så langt Fafo har informasjon om hva gjelder den første gruppen av pasienter, så kommer mange uten diagnose på stort symptomtrykk over mange år. Dette skyldes selvfølgelig delvis de store vanskelighetene det medfører å skulle diagnostisere psykisk lidelse hos aktive stoffmisbrukere. Men dette kan også være et utslag av at disse pasientene ikke har vært gitt behandlings- og utredningstilbud i henhold til det de har krav på. Det kan imidlertid også hende at feil/underdiagnostiseringer skjer av andre grunner, som det vil være interessant å få mer kunnskap om.

Målgruppen for Tøyen-prosjektet er generelt definert som personer som både har en alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. Prosjektet sier i sin brosjyre at de regner med store vanskeligheter og usikkerhet med hensyn til den enkeltes psykiatri-diagnose, men at aktuelle diagnosegrupper er schizofreni, schizotyp lidelse, bipolar lidelse og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Under presenteres pasientenes psykiatriske hoveddiagnoser, (tabell 4.4) og deretter hvordan disse fordeler seg i forhold til pasientenes kjønn og alder. I alle de kommende tabeller er antall pasienter 64. Vi har kuttet ut de 14 som av ulike grunner falt fra før de fikk begynt aktivt i prosjektet.

Noen av pasientene (vel 30) har gjennomgått SCID-intervju (I og eventuelt II), og noen har gjennomgått CIDI-intervju. De resterende har teamet i fellesskap gjort diagnostiske vurderinger av basert på behandlernes kjennskap til pasienten og hans/hennes historie. Diagnosefordelingen i tabell 4.4 er kvalitetssikret ved en felles gjennomgang med prosjektets spesialpsykolog i juli 2003.

Tabell 4.4 Grupperte psykiatriske hoveddiagnoser (n=64) slik de er registrert per juli 2003. Absolutte tall. Prosent i parentes

Psykotiske lidelser	30 (47)
Affektive lidelser	9 (14)
Andre psykiske lidelser	25 (39)
Totalt	64 (100)

Tabell 4.4 viser at det store flertallet av prosjektets pasienter har psykotiske lidelser. Tretti pasienter har en psykotisk hovedlidelse, mens ni pasienter har affektive lidelser med psykotiske symptomer. Totalt har derfor 61 prosent av pasientene (39 av 64 pasienter) psykotiske lidelser. Nesten 40 prosent av pasientene har en personlighetsforstyrrelse som sin hoveddiagnose. Fjorten av dem med psykotisk lidelse som hoveddiagnose har en schizofren lidelse, syv en schizoaffektiv lidelse og fire har enten en schizotyp eller en paranoid lidelse (se vedleggstabell 4.1). Syv av pasientene med affektiv lidelse som hoveddiagnose, har en bipolar lidelse, mens de fleste med andre psykiske lidelser har spesifikke personlighetsforstyrrelser (12 pasienter), derav en overvekt av pasienter med emosjonelt ustabile forstyrrelser (i alt syv)

Tabell 4.5 viser hvordan psykiatridiagnosene fordeler seg på menn og kvinner i ulike aldersgrupper.

Ut fra tabell 4.5 ser vi at det er store forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til hvilke psykiatriske hoveddiagnoser de har. Halvparten av kvinnene har personlighetsforstyrrelser, mens dette gjelder for 30 prosent av mennene.

I henhold til prosedyreplanen skulle alle innskrevne pasienter gjennomføre et ASI-intervju kort tid etter innskriving. Dette ville gitt opplysninger om type rusmidler, rushistorie, behandlingsopphold i rus og psykiatri, debutalder med mer. Dette er opplysninger vi har

Tabell 4.5 Grupperte psykiatriske hoveddiagnoser etter kjønn og alder (n=64) (absolutte tall)

Diagnosegruppe	Kjønn	Aldersgruppe				Totalt
		20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	
Psykotiske lidelser						30
	Mann	3	13	3	-	19
	Kvinne	3	5	3	-	11
Affektive lidelser						9
	Mann	2	2	2	-	6
	Kvinne	1	2	-	-	3
Andre psykiske lidelser						25
	Mann	5	4	1	1	11
	Kvinne	5	5	4	-	14
Totalt		19	31	13	1	64

Tabell 4.6 Grupperte hoveddiagnoser rus per juli 2003. Absolutte tall. Prosent i parentes

	Kvinner	Menn	Totalt
Alkohol	2	1	3 (5)
Opiater	7	9	16 (25)
Cannabinoider	1	1	2(3)
Sedativa	1	1	2 (3)
Andre stimulanter	5	4	9 (14)
Multiple stoffer	12	20	32 (50)
Totalt	28 (44)	36 (56)	64 (100)

for 38 av pasientene. Informasjonen i tabell 4.6 under er derfor fremkommet etter spesial-psykologs manuelle gjennomgang av tilgjengelig informasjon sammen med Fafo.

Halvparten av pasientene bruker flere rusmidler, enda flere enn hva som kommer frem av tabell 4.6, fordi mange av opiatmisbrukerne også misbruker andre stoffer uten at dette er systematisk registrert. Den største enkeltgruppen er opiatmisbrukerne, både for kvinner og menn, men det er en større andel av kvinnene enn av mennene som har dette som hovedrusdiagnose.

Samler vi informasjonen vi har om pasientenes hoveddiagnoser for henholdsvis rus- og psykiatriske lidelser, fordeler de seg som vist i tabell 4.7.

Tabell 4.7 Rus- og psykiatridiagnoser (absolutte tall)

Hovedgrupper, psykiatridiagnoser	Hovedgrupper, rusdiagnoser						Totalt
	Alkohol	Opiater	Cannabinoider	Sedativa	Andre stimulanter	Multiple stoffer	
Psykotiske lidelser	2	6	-	1	4	17	30
Affektive lidelser	-	3	1	-	1	4	9
Andre psykiske lidelser	1	7	1	1	4	11	25
Totalt	3	16	2	2	9	32	64

Vi ser at de fleste opiatmisbrukerne har enten psykotisk lidelse eller personlighetsforstyrrelse, og at det samme gjelder for de som bruker mer ett rusmiddel. Det man kan si er at tabell 4.7 bekrefter det vi har sett foran, nemlig at Tøyen-pasientene i all hovedsak misbruker opiat eller flere stoffer samtidig, at de enten har en psykotisk eller en personlighetsforstyrrelse som sin psykiatriske hovedlidelse. Dette må sies å være i henhold til målsettingen om å rekruttere personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk til prosjektet, selv om alvorligheten kan variere mye innenfor de enkelte diagnosegruppene. Dette kommer vi nærmere tilbake til senere i dette kapitlet.

Så langt har vi sett på pasientenes hoveddiagnoser. Det fremgår av presentasjonen over at Tøyen-pasienter er i målgruppen ved at pasientene har både har alvorlige psykiske lidelser og alvorlig rusmisbruk. Pasientpopulasjonen domineres som vist av personer med opiatmisbruk/misbruk av multiple stoffer og psykotiske lidelser. Tar vi bidiagnosene med, finner vi at 26 av pasientene (40%) har mer enn én psykiatridiagnose, og 24 pasienter (37%) har mer enn én rusdiagnose. Elleve av pasientene (17%) er registrert med to eller flere diagnoser både for rus og psykiatri. Er det slik at bidiagnoser har viktige kliniske implikasjoner, og bør det i tilfelle være en målsetting for behandlingsprosjektet at alle pasientene får fastsatt så nøyaktig som mulig også en bidiagnose, i alle fall hva gjelder psykisk lidelse?

Diagnosene vi har oppgitt over er oppdatert per juli 2003. En av prosjektets antagelser ved oppstart var at diagnosene i denne pasientgruppen ville være usikre og kanskje mangelfulle. Det er derfor interessant å se hvorvidt pasientene kom til prosjektet med diagnoser satt før innskriving, eller hvorvidt prosjektet selv startet med å diagnostisere pasientene. Ved opptelling viser det seg at de aller fleste av diagnosene er satt av Tøyen-teamet, og at bare 14 av 37 pasienter kom til prosjektet med diagnose.

Pasientenes rushistorie

ASI-intervjuet gir informasjon om pasientens debutalder, hvilket stoff de selv rapportere at de debuterte på, og hvor mange år de har brukt de ulike rusmidlene. Denne informasjonen er presentert i vedleggstabell 4.6.

Som vist tidligere i dette kapitlet, er de fleste av pasientene blandingsmisbrukere. De aller fleste starter sin misbrukskarriere med alkohol, uavhengig av om de debuterer svært tidlig eller som voksne. Spredningen i debutalder er stor, og varierer fra 8 til 24 år. Jentene i vårt materiale debuterer noe tidligere enn guttene, (hhv 13,7 år og 14,3 år). Førti prosent av jentene (4 av 10) debuterte imidlertid før de fylte 12 år, mens dette gjaldt for kun 14 prosent (4 av 28) av guttene.

Tabell 4.8 Debutalder fordelt på aldersgrupper etter ASI (N=38). Absolutte tall. Prosent i parentes. 2003

	Før fylte 15 år	Fra 15 t.om 19 år	Etter fylte 20 år	Gjennomsnittlig debutalder
Kvinner	7	2	1	15,5
Menn	16	11	1	13,7
Totalt	23 (61)	13 (34)	2 (5)	13,6

Tidligere behandlinger i rusomsorgen og psykiatrien

Det antas om denne pasientgruppen at de faller mellom alle stoler i behandlingsapparatene. Dette kan fortrinnsvis skje på to måter; enten ved at de ikke tilbys behandling fordi de alltid ekskluderes fra inntakskriteriene, eller ved at de skrives hyppig inn og ut av ulike typer tilbud da det viser seg at de ikke passer inn. Den ene gruppen vil ikke ha behandlingsopphold forut for Tøyen-prosjektet, den andre gruppen vil ha svært mange behandlingsopphold. På bakgrunn av hvem som eventuell faller i den ene eller andre gruppen, er det da interessant å se hvorvidt dette samvarierer med andre kjennetegn ved pasientene. Er det for eksempel slik at jenter tilbys behandling i rusomsorgen, men ikke i psykiatrien, mens gutter behandles i psykiatrien, men ikke i rusomsorgen? Eller er det slik at disse pasientene, i alle fall de psykotiske, ikke har hatt særlige behandlingsopphold i det hele tatt før de startet opp på Tøyen

Med utgangspunkt i ASI-intervjuet har vi slått sammen ulike typer rusbehandling til en samlekategori. Denne omfatter blant annet poliklinisk avrusing, avrusing i institusjon, vedlikeholdsbehandling, dagtilbud, m.m. Av de 38 pasientene som gjennomførte intervjuet, var det i alt 28 som svarte at de hadde deltatt i/mottatt en eller annen form for rusbehandling, halvparten (5) av kvinnene og de fleste (23) av mennene. De fleste av Tøyen-pasientene har altså mottatt behandling for sitt rusmisbruk før de ble innskrevet i prosjektet. Det mest oppsiktsvekkende er kanskje at ikke alle har vært til en eller annen type avrusing/rusbehandling, med et såpass alvorlig rusmiddelmisbruk som disse pasientene har.

Antall behandlinger i rusomsorgen varierer veldig i pasientgruppen, noen har vært til behandling kun én gang, mens andre har 70 behandlinger bak seg. Dette bekrefter kanskje at prosjektet rekrutterer to typer pasienter, de som er gjengangere i behandlingsapparatet, men som skrives fort ut og ikke får særlig oppfølging etter utskriving på den ene siden, og de som av ulike grunner enten ikke selv har søkt hjelp eller som ikke har fått tilbud om hjelp. Når

Tabell 4.9 Gjennomsnittlige antall rus- og psykiatribehandlingar etter ASI i prosent (N=38). Absolutte tall i parentes. 2003

	Rusbehandling	Psykiatribehandling
Kvinner	16	8
Menn	9	5
Totalt	11	6

det gjelder antall ganger de har vært til en eller annen form for behandling, viser tallene at de fem kvinnene som har mottatt slik behandling, i gjennomsnitt har mottatt langt flere behandlingar enn mennene (hhv. 28 mot 11 behandlingar).

Når det gjelder medikamentassistert rehabilitering, er det på intervju tidspunktet til sammen 21 pasienter (18 menn og 3 kvinner) som mottar metadonbehandling, og én som behandles med subutex.

I alt har 31 av pasientene (7 kvinner og 24 menn) rapportert at de har vært til en eller annen type av psykiatrisk behandling. Når det gjelder antall behandlingar, har pasientene i gjennomsnitt mottatt syv behandlingar hver, altså langt færre enn antall behandlingar i rusomsorgen. Kvinnene har i gjennomsnitt hatt elleve behandlingssopphold, mens mennene i gjennomsnitt har hatt seks behandlingssopphold. Som påpekt i kapittel 2 er det antakelig de best fungerende pasientene som har gjennomført rusdelen av ASI-intervjuet. Om disse har enda flere behandlingssopphold i rusomsorg og psykiatri enn de som ikke har vært i stand til/villige til å gjennomføre ASI-Rus, er vanskelig å ha en kvalifisert mening om.

Pasientenes funksjonsnivå

Alle pasienter som behandles ved psykiatriske behandlingsinstitusjoner i Norge, blir gitt en GAF-verdi² (Global Assessment of Functioning) ved innskriving (og utskrivning). Ved innskriving i prosjektet registreres pasientenes funksjonsnivå ved hjelp av GAF-skalen, inndelt i henholdsvis en symptomskala (S) og en funksjonsskala (F). Skalaverdiene på den versjonen som Tøyen-prosjektet bruker, går fra 1 til 90 (jo høyere skåre, desto bedre fungering).

Et GAF-nivå på 50 markerer en verdi der intensitet, art og mengde av symptomer, sammen med pasientens sosiale fungeringsnivå nødvendiggjør psykiatrisk behandling (Psykopp 2001). Det fremgår av tabell 4.10 at 56 av pasientene (92%) har en GAF_F-verdi under dette nivået, som altså indikerer alvorlig svikt på minst ett område. Tretten av pasientene skårer så lavt på GAF_F-skalaen at de kan antas å ha manglende funksjonsevne på nesten alle områder (dvs. skåre <30). Skårene på GAF_S-delen av skalaen er generelt noe høyere, men også her er det 45 pasienter (74%) som skårer under 50 og dermed er karakter-

² GAF (*Global Assessment of Functioning*). Innenfor samme diagnosekategorier er det forskjellige forløp av sykdommen. Forskjellene kan for eksempel dreie seg om mengde av symptomer, og intensitet av symptomer. Det kan være variasjoner i mestrings av symptomene, seg selv og sin sosiale situasjon. Behovet for og evnen til å nyttiggjøre seg forskjellig hjelp, støtte og involvering fra andre varierer. GAF er delt i en symptomskala (S) og en funksjonsskala (F), som begge gir et mål på en persons fungering på et gitt tidspunkt. Skalaverdiene på den versjonen som brukes av Tøyen-prosjektet, går fra 1 til 90, hvor høyere tall angir best fungering. Skalaen er inndelt i ti like intervaller, fra 1–10 og 81–90. (De fleste dagpasienter rapporteres å ha verdier mellom 40–70.

Tabell 4.10 Grupperte GAF-skårer ved innskriving, samt gjennomsnittsverdier for kvinner og menn (absolutte tall)

Skalaintervaller	GAF_F		GAF_S	
	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne
1-10	1	-	-	-
11-20	1	-	-	1
21-30	6	5	3	4
31-40	15	15	13	9
41-50	8	5	9	6
51-60	3	1	9	6
61-70	1	-	1	-
71-80	-	-	-	-
81-90	-	-	-	-

risert ved alvorlige symptomer. Tretti av pasientene er registrert med en GAF_S-skåre på 40 eller lavere, som markerer overgangen til psykose. Det er generelt små forskjeller mellom kvinner og menn. Knytter vi imidlertid GAF-verdiene til alder, ser vi en positiv sammenheng med symptomskalaen (Pearson's $r=.27$, $p=0.03$), noe som innebærer at det tyngste symptomtrykket er å finne blant de yngste aldersgruppene.

Beskjeftigelse og sosial kontakt

De følgende spørsmålene som omhandler spørsmål om arbeid/beskjeftigelse, og kontakt med venner det siste året, er hentet fra Strauss-Carpenter Level of Functioning Scale, som behandlerne har fylt ut for de 39 pasientene som har skrevet samtykke. Ved utfyllingstidspunktet var det 20 prosent av pasientene som var i sitt første halvår i prosjektet, 40 prosent i sitt andre halvår og i underkant av 40 prosent var i sitt siste år i prosjektet. Perioden det bes om opplysninger om er siste år. Det betyr at for 60 prosent av pasientene gir tabell 4.11 opplysninger om situasjon før og inntil et år etter innskriving i prosjektet.

Tabellen viser at de aller fleste pasientene (det gjelder alle de kvinnelige pasientene) vurderes som ute av stand til å arbeide. Dette er i overensstemmelse med en studie av psykia-

Tabell 4.11 Arbeidssituasjon siste år blant kvinner og menn (absolutte tall)

Arbeidssituasjon	Kjønn		Totalt
	Mann	Kvinne	
Trygdet, ikke i stand til å arbeide	22	11	33
Arbeidsledig, men i stand til å arbeide	2	-	2
Deltidsarbeidende, mindre enn 20 timer per uke	1	-	1
Deltidsarbeidende, 20 timer el. mer per uke	-	-	-
Fulltidsarbeidende	-	-	-
N	25	11	36

triske langtidspasienter fra Trondheim, som viser at ingen av respondentene hadde ordinært heltidsarbeid, og at andelen som har lønnet deltidsarbeid var cirka én prosent (SINTEF/Unimed 2/99). I denne pasientgruppen er gjennomsnittsalder ti år høyere, noe som ytterligere understreker hvor vanskelig Tøyen-pasientenes livssituasjon er. I sluttrapporten vil vi på bakgrunn av opplysninger fra ASI kunne sammenlikne kjennetegn ved Tøyen-pasientene også på andre levekårsvariabler.

I tillegg til arbeidsdeltakelse, har behandlerne angitt pasientenes situasjon med hensyn til hvorvidt de har hatt «meningsfull beskjeftigelse» det siste året. Med hensyn til meningsfull beskjeftigelse er bildet noe mer nyansert enn for arbeid; selv om over halvparten av pasientene ikke har hatt noen form for meningsfull beskjeftigelse, er det 16 pasienter som har hatt en eller annen form for beskjeftigelse deler av det siste året.

Meningsfull beskjeftigelse kan være deltakelse på dagtilbudene ved Tøyen DPS, skoletilbud, faste treningstider i Aktiv på Dagtid mm. Prosjektet har frem til sommeren 2003 ikke tilbudt pasientene faste dag- eller kveldsaktiviteter. Det arrangeres fellesmiddager annenhver tirsdag og turer av ulikt slag hver 3.–4. torsdag. Utover dette tilbudet har det så langt i prosjektet vært opp til den enkelte behandler hvorvidt han foretar seg faste ting med sine pasienter. Behandlerne opplever strekt at pasientene har behov for å gjøre noe, ha noe å se frem til fra dag til dag, men at teamets bidrag til dette har druknet litt i andre praktiske gjøremål frem til sommeren 2003, selv om noen av behandlerne både trener, går turer, foretar kafébesøk med mer med pasientene sine. På fokusgruppeintervjuet Fafo hadde med de ansatte på Borge i juni 2003, var aktivisering ett av flere tema, og alle var enige om viktigheten av aktivitet. Det ble fra teamets side understreket at alle slike fremstøt måtte foregå på pasientens premisser, og at en av behandlernes funksjoner er å forebygge tapsopplevelser ved at gjennomføringsevnen kanskje øker når behandler er med. Det ble understreket som viktig at teamet støttet den enkelte, er med dem rundt og slik også introduserer dem for aktuelle, men for pasientene kanskje farlige, steder. Formålet for behandlerne ble sagt å være å følge dem til de har oppnådd trygghet, og at det deretter blir viktig at de som kan nyttiggjøre seg det tilbys støtte- og aktivitetskontakter. Mange av pasientene isolerer seg og trener å lirkes med, oppmuntres og støttes i sine forsøk på å endre denne livssituasjonen.

I intervjuet ble det av flere understreket betydningen av å få til mer organiserte aktivitetstilbud for pasientene, men at daglige aktiviteter er vanskelig for de fleste av pasientene. Prosjektet har etter sommeren laget en ukeplan med ukentlige aktiviteter til faste ukedager og tider. Formålet er at teamet skal prøve å få flere pasienter med på hver av aktivitetene, og

Tabell 4.12 Meningsfull beskjeftigelse siste år blant kvinner og menn (absolutte tall)

Beskjeftigelse	Kjønn		Totalt
	Mann	Kvinne	
Ingen meningsfull beskjeftigelse	13	7	20
Meningsfull beskjeftigelse mindre enn halvparten av året	6	3	9
Beskjeftiget del- el. fulltid halvparten av året	4	-	4
Beskjeftiget mer enn halve året, men ikke kontinuerlig	1	1	2
Kontinuerlig beskjeftiget	1	-	1
N	25	11	36

slik bruke hverandres ulike interesser og erfaringer på en bredere måte. Det ble videre i intervjuet understreket viktigheten av å skille mellom meningsfull aktivitet og sosial trening. For mange av pasientene er deres høyeste ønske å gjøre vanlige ting som vanlige folk gjør, som å dra på IKEA, gå på museum og kafé, ta båten til Hovedøya om sommeren, dra på fisketur. Andre er sultne på opplevelser, og vil gjerne prøve større utfordringer. I sluttrapporten vil vi se mer eksplisitt på hvorvidt teamets søkelys på aktiviteter og sysselsetting som metode slår ut i forhold til de nye pasientenes opplevelse av meningsfulle aktivitetstilbud.

4.3 Kjennetegn ved pasientene ved utskriving

Per utgangen av juni 2003 var i alt 21 av pasientene skrevet ut av prosjektet. Disse 21 pasientene danner grunnlaget for diskusjonene i dette underkapitlet. Vi vil i det følgende presentere data over endringer i pasientenes rus- og psykiatridiagnoser, endringer i mentale og sosial funksjonsevne slik det måles med GAF, og endringer i funksjonsnivå slik dette registreres i Strauss-Carpenter. I tillegg har vi innhentet en del opplysninger direkte fra behandlere. Dette gjelder blant annet opplysninger om endring av bosituasjon.

Psykiatri- og rusdiagnoser

I tabell 4.13 viser vi fordelingen av rusdiagnoser per juli 2003 for utskrevne pasienter, etter hvilket hovedstoff de misbruker. Vi har ikke skilt mellom de ulike misbruksunderkategoriene for hvert stoff, ettersom det for alle bortsett fra tre personer (som er preget av «skadelig bruk») dreier seg om et avhengighetssyndrom.

I tabellen har vi samlet rus- og psykiatridiagnosene for pasientene ved utskriving fra prosjektet.

Som tabellen viser, er blandingsmisbruk og opiatmisbruk de største misbruksgruppene blant utskrevne pasienter, og den største gruppen med kombinasjonsdiagnoser er psykotiske pasienter med blandingsmisbruk.. Vi har ikke muligheter til å si noe om hvor mange av pasientene som har fått endret sine diagnoser i løpet av behandlingsprosjektet, da dette ikke er blitt registrert på en systematisk måte så langt i prosjektet. Dette vil inngå som en del av rapporteringen i andre halvdel av prosjektet, og dermed kunne vurderes annerledes i evalueringens sluttrapport.

Tabell 4.13 Rus- og psykiatridiagnoser ved utskriving (absolutte tall)

Hovedgrupper, psykiatridiagnoser	Hovedgrupper, rusdiagnoser					Totalt
	Alkohol	Opiater	Cannbinoider	Andre stimulanter	Multiple stoffer	
Psykotiske lidelser	1	2	-	3	6	12
Affektive lidelser	-	2	-	-	1	3
Andre psykiske lidelser	1	1	1	-	3	6
N	2	5	1	3	10	21

Funksjonsnivå

Behandlerne fyller ut et GAF-skjema for hver enkelt pasient som en del av utskrivingsdokumentasjonen som kreves av en psykiatrisk andrelinjetjeneste. Tabell 4.14 viser pasientenes fordeling ved utskriving.

Tabell 4.14 Grupperte GAF-skårer ved utskriving, samt gjennomsnittsverdier for kvinner og menn (absolutte tall)

Skalaintervaller	GAF_F		GAF_S	
	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne
1-10	-	-	-	-
11-20	-	-	-	-
21-30	1	1	-	1
31-40	2	1	2	-
41-50	2	-	4	-
51-60	6	3	5	4
61-70	4	-	1	-
71-80	-	1	3	1
81-90	-	-	-	-
Totalt	15	6	15	6
Gjennomsnittsverdi	52	52	56	53

Sammenlikner vi resultatene i tabellen med GAF-verdiene slik de ble skåret ved innskriving i prosjektet (jf tabell 4.10), ser vi at nivået gjennomsnittlig er hevet med over ti poeng, altså et helt trinn på begge funksjonsskalaer. I tillegg ser vi at flertallet har hevet sitt funksjonsnivå til over grensen på 50 (som altså markerte alvorlig svikt på minst ett område).

I tabell 4.15 sammenlikner vi GAF-verdiene ved inn- og utskriving for de aktuelle pasientene ved å vise antallet pasienter som har endret sitt funksjonsnivå i positiv eller negativ retning, samt antallet som ikke har endret sitt nivå. Forandring er i dette tilfellet definert som forflytning fra ett intervall på skalaen til et annet (for eksempel fra intervallet 51–60 til 61–70). De som forblir innenfor samme intervall, betegnes som stabile («ingen forandring»).

Tabellen viser at et flertall (over 60%) av pasientene viser positiv endring både med hensyn til symptomer og funksjonsnivå. Videre er det slik at ni pasienter viser bedring på begge skalaer, mens én pasient er dårligere på begge GAF-skalaene ved utskriving enn ved innskriving, og én pasient er stabil.

Tabell 4.15 Antall pasienter med registrerte endringer i GAF-skåre mellom inn- og utskriving (absolutte tall)

	GAF_F	GAF_S
Negativ forandring	2	4
Ingen forandring	6	3
Positiv forandring	13	14
N	21	21

Behandlingsteamet setter GAF på sine pasienter hver for seg, og de har ikke reliabilitetstestet dette slik at de totalt sett har sikret seg at de anvender så like kriterier som mulig når de setter en GAF-verdi på den enkelte pasient. Det er evaluators vurdering at GAF-verdiene kan brukes som mål på funksjonsnivå og endring av dette, og at teamet med relativt liten ressursinnsats vil kunne heve kvaliteten på denne informasjonen, ved at de kvalitetssikrer dette arbeidet for eksempel gjennom at de i fellesskap fastsetter den enkelte pasients GAF-verdier. Valide GAF-skårer på to ulike tidspunkt i pasientens forløp vil betraktes som godt mål på endring. Med de nevnte forbehold regnes resultatene i tabell 4.15 som uttrykk for at mange av pasientenes funksjonsnivå har endret seg til det bedre i løpet av behandlingsperioden.

I tillegg til GAF-verdiene, har vi også opplysninger på to tidspunkt om pasientenes bosituasjon.

Oversikten i tabell 4.16 viser at de fleste av pasientene som har deltatt to år i behandlingsprosjektet, har i løpet av denne tiden endret sin bosituasjon til det bedre. Ikke minst har dette skjedd ved at ni pasienter har gått fra status som uten fast bolig til andre bosituasjoner. Teamet rapporterer blant annet i intervjuer at de har brukt mye tid de første årene på å forholde seg til, dokumentere boligbehov overfor og jobbe opp mot kommuner og bydeler for å bedre boligsituasjonen for sine pasienter. Dette blir av teamet sagt å ha tatt mye mer ressurser og oppmerksomhet enn de hadde forventet ved oppstarten av prosjektet. Tidlig innså behandlerne at å jobbe frem bedre boligløsninger var en helt sentral faktor og en forutsetning for at resten av det endringsarbeidet de håpet å få til i forhold til den enkelte pasients livssituasjon skulle ha mulighet til å lykkes.

Tøyen-prosjektet disponerer ikke egne boliger eller døgninstitusjoner, slik de gjør i New Hampshire, men de samarbeider tett med Manifestsenteret utenfor Oslo, og hadde frem til 1. januar 2003 et tett samarbeid med Gundrupslund i Danmark, hvor flere av pasientene oppholdt seg i perioder på 3-6 måneder for avrusing med mer.

Bo- og ferdighetstrening er i Norge et kommunalt ansvar. Tøyen-prosjektets pasienter kommer fra hele Oslo. Bydelene i Oslo har ikke i tilstrekkelig grad tilrettelagte boliger for Tøyen-prosjektets pasienter, med dårlig tilgang for eksempel på skjermede boliger for pasientene.

Tabell 4.16 Utskrevne pasienters (n=21) boligsituasjon ved inn- og utskriving. 2003

	Ved innskriving	Ved utskriving
Egen bolig	6	7
Egen bolig m psyk oppf.		2
UFB (uten fast bolig)	9	0
Psykiatrisk bolig m oppfølging	2	7
Hjemme hos mor og/eller far	3	1
Bo- og rehabiliteringssenter*		2
Døgninstitusjon	1	1
Frelsesarmeens bosenter		1
Antall i tilfredsstillende bolig v/utskriving**		21

* Dette er det som tidligere ble betegnet som rusomsorgens hybelhus.

** Slik dette vurderes av psykologspesialist i teamet per september 2003.

Når det gjelder mer inngående beskrivelser av samarbeidsinstanser og hva og hvordan teamet praktiserer dette samarbeidet, vil det være et sentralt tema i evalueringens sluttrapport.

Informasjonen i tabell 4.16 er basert på retrospektive opplysninger gitt av behandlingsteamet i juli 2003. Det er evaluators vurdering at disse data ikke er pålitelige nok som indikator på endring, og at det er nødvendig å foreta en systematisk registrering av pasientens bosituasjon ved innskriving og utskriving gjennom bruk av ASI. Dette vil sikre datas kvalitet tilstrekkelig til at man i sluttrapporten kan gi en bedre oversikt over pasientens faktiske og svært ulike bosituasjon, samt gi et bedre utgangspunkt og grunnlag for behandlingsteam og andre i vurderingen av pasientens eksisterende boligbehov når de skrives ut av prosjektet.

Tabell 4.17 Antall pasienter på medikamentassistert rehabilitering per juni 2003. Absolutte tall

	Metadon/subutex
Ved innskriving (N=64)	9
Ved utskriving (N=21)	12
Tildelt i prosjektperioden	9

Tjenestebehov og registrerte endringer

Hvis vi forsøker å oppsummere det utilfredsstilte tjenestebehovet per 2002, viste det seg at fast lege, støttekontakt og fast kontakt på sosialkontoret var det behandlerne vurderte at flest av pasientene manglet. Også i 2003 (ved andre gangs utfylling av tjenstekartleggingsskjemaet) er det behovet for fast lege og støttekontakt som dominerer for de 16 pasientene som vurderes å ha behov for tjenester de ikke får. Følger vi tjenestebehovet fra 2002 til 2003, viser det seg at 13 pasienter har udekkede tjenestebehov på begge tidspunkt.

Sammenlikner vi hvilke behov behandlerne oppgir, er det en merkbar forskjell fra 2002 til 2003: ingen oppgir at pasienten har behov for fast kontakt på sosialkontoret i 2003, mens dette var et av de hyppigst nevnte behovene i 2002. Behandlerne har oppgitt at alle pasienter har kontakt med andre deler av hjelpeapparatet ved første gangs utfylling av tjenstekartleggingsskjemaet (i 2002) – for de flestes vedkommende dreier det seg om kontakt med flere instanser. Tjenstekartleggingsskjemaet ber behandlerne vurdere om kontakten med det øvrige hjelpeapparatet har endret seg siden pasienten startet sin behandling på Tøyen, og svaret på dette spørsmålet viser at for halvparten av pasientene vurderer behandlerne at kontakten er hyppigere, mens 20 prosent vurderes å ha sjeldnere kontakt, og 20 prosent ikke har endret sin kontakthypighet.

Situasjon ved utskriving

Av de 21 pasientene som er skrevet ut av prosjektet, hadde behandlerne per utgangen av juni 2003 skrevet epikrise på totalt 17 pasienter. Av disse epikrisene fremgår det at åtte pasienter overføres til psykiatriske spesialisthelsetjenester i form av DPS (3), psykiatrisk poliklinikk (1) eller psykiatrisk ungdomsteam (1), akuttinstitusjonssenheter (3). For de øvrige pasientene (8) er det imidlertid fastlegen som overtar ansvaret for dem etter utskriving fra Tøyen-prosjektet. For én av pasientene står det ikke påført overføringsinstans.

4.4 Pasientenes erfaringer med prosjektet

Fafo gjennomførte i 2001 og 2002 intervjuer med 15 av pasientene. De fleste av intervjuene ble foretatt høsten 2002, men de første ble gjennomført høsten 2001 og de siste vinteren 2002. Fem av pasientene ble intervjuet to ganger i løpet av denne perioden. Meningen var å gjennomføre et første intervju relativt tidlig i behandlingsperioden, og et andre intervju etter vel ett år. Det gikk ikke helt slik, men for de fem vi intervjuet to ganger, var det en periode på ett år mellom intervjuene.

Som vi har sett i presentasjonen i kapitlene foran, er det noen felles kjennetegn som preger pasientene på Tøyen sammenliknet med en normalpopulasjon. I tillegg til at de har alvorlige psykiske lidelser og er rusmisbrukere, er de mer marginalisert i forhold til arbeidsmarkedet enn de fleste, de er oftere uføretrygdete og uten meningsfull beskjeftigelse til daglig, de er ofte i ustabile bosituasjoner eller er bostedsløse. Mange av dem er hva Preben Brandt kaller utstøtte.

Men på samme tid er heller ikke pasientene på Tøyen en ensartet gruppe. De er svært forskjellige, ikke minst gjelder dette deres daglige sosiale og helsemessige funksjonsnivå. Noen av pasientene er så syke at deres behandlere vurderer det som uforsvarlig å be dem treffe oss. Andre er spurt om å delta, men ville av ulike grunner ikke la seg intervju. Atter andre ville, men greide det ikke. Det er i utgangspunktet minst fire forutsetninger som måtte være til stede for at det enkelte intervju kunne finne sted: pasientene måtte ha skrevet samtykke til at Fafo tok kontakt med dem, de måtte være villige til å møte oss, de måtte greie å gjøre og overholde en avtale om intervju, og de måtte være i stand til (den dagen) å gjennomføre intervjuet.

De fleste av pasientene har skrevet under samtykke (72 prosent), og de fleste vi kontaktet ville treffe oss, greide å møte opp og gjennomføre intervjuet. De fleste gjorde alt dette med glans. De fleste vi traff ga uttrykk for og viste tydelig at de satte pris på å bli intervjuet, å bli spurt om hvordan de hadde det og hvordan de opplevde å være tilknyttet Tøyen-prosjektet. De vi intervjuet to ganger ga også uttrykk for at de gjerne ville treffe oss igjen. Vi spurte alle pasientene om de kunne tenke seg å snakke med oss en andre gang, og de vi snakket med to ganger er spurt om de vil treffe oss igjen også en tredje gang. Disse vil bli tatt kontakt med for oppfølgingsintervjuer ett til to år etter utskriving av prosjektet.

Det er flere grunner til å anta at de vi intervjuet ikke gir et fullgodt bilde av pasientenes erfaringer med prosjektet. Både særtrekk ved deres livssituasjon og måten vi rekrutterte pasientene til intervjuene på, gjorde nok at de dårligste ikke er med blant våre informanter. Vi vet derfor ikke hvilke erfaringer de måtte ha, og hva de synes de har fått hjelp til og ikke, hvordan de opplever førsteetasjen som sted, kontakten med teamet med mer. Ikke desto mindre har vi intervjuet femten pasienter.

Hovedinntrykk etter intervjuene med disse pasientene er at de er svært godt fornøyd med prosjektet, den måten de blir møtt på av personalet der, og det tilbudet førsteetasjen representerer for dem.³ På direkte spørsmål om deltakelse i prosjektet har betydd noe for informantens livssituasjon, så svarer en kvinnelig pasient (35 år):

³ «Førsteetasjen» er en betegnelse som mange av informantene brukte om Tøyen-prosjektet.

«Jeg har vært ufør i 10 år, har vært mye alene. Angsten har gjort meg ensom. Greier fortsatt ikke å handle i butikken. Deltakelse i prosjektet har betydd veldig mye for meg. Jeg er opptatt av tilhørighet. Både førsteetasjen og boavdelingen gir meg det. Uten tilhørighet kan jeg forsvinne uten at noen savner meg. Videre... jeg har slitt, men greid det! Hjelp til selvhjelp er det dette dreier seg om. Jeg vet det er meg selv det kommer an på, men jeg trenger krykker og drahjelp underveis.»

En ung mann vi intervjuet i førsteetasjen hadde følgende å si om hva som hadde skjedd:

«Min livssituasjon etter at jeg begynte her er helt snudd opp ned. Var før det helt hekta – gikk på heroin. Har rusa meg mye siden jeg var 15. Søkte metadon, men fikk nei. Nå går jeg på Subutex. Tror jeg kommer til å fortsette med det ett år til eller to. Tror ting vil være normalisert før jeg slutter.»

Da jeg kom hit hadde jeg ikke lyst til å gjøre så mye, ikke å dra hit heller. Men behandleren min kom hjem til meg, og vi dro på kino en gang i uka. Dermed kom jeg meg ut litt til normale steder. Nå gjør jeg det aleine. Ikke med kompiser. Men jeg har fått kontakt med noen gamle kompiser som jeg brøyt med da jeg rusa meg som verst. Nå er jeg sammen med de nesten hver dag. Veldig ok. Vi gjør det samme som rusa folk.»

En 36-årig mann vi intervjuet på kafé og som går på metadon, sier:

«Jeg har det bedre, selv om jeg til tider er deprimert, redd og engstelig. Føler at jeg har noen som kan støtte meg i og med prosjektet her. Før var det alltid moren min som måtte høre på meg og hjelpe meg, hun har lidd nok, og jeg er veldig glad for at hun nå lever et bedre liv. Det unner jeg henne veldig. Samboeren min er imidlertid sjalu på det forholdet jeg har til min mor. Det er vanskelig for meg, og gjør at jeg har lite kontakt med henne (mor). Men behandleren min har kontakt, så jeg hører hvordan det går gjennom han da.»

Han sier videre:

«Før rotet jeg veldig. Nå etter at jeg fikk Metadon ser jeg ting klarere – også hvor vanskelig det kommer til å bli å rydde opp og få et ordentlig liv. Kanskje er det derfor angsten er sterkere enn før og behovet for hjelp er sterkere enn før?»

..og:

«Jeg er redd og urolig nå, fordi jeg føler at alt står og faller med hva jeg greier nå. Har ikke så lang tid igjen her (i prosjektet), og jeg må utnytte denne tiden godt. Jeg er redd for at jeg ikke skal mestre alt, presset og alle tingene. Tidligere har jeg alltid stukket av, og jeg er jo redd for at jeg ikke skal greie det denne gangen heller.»

På spørsmål om hva prosjektet har betydd for henne, svarer en av de kvinnelige pasientene vi intervjuet i hennes leilighet:

«Jeg opplever deres tilgjengelighet som veldig bra! Jeg opplever å bli tatt imot når jeg trenger det, og møtt på det jeg har behov for å bli møtt på. Jeg vet jeg kan ta kontakt også utenfor de planlagte timene, og det representerer en svært viktig trygghet for meg.

Dessuten vet jeg også at jeg kan dra ned til førsteetasjen når som helst for å få en kopp kaffe og snakke med de andre, men fordi jeg som sagt er litt sjenert av meg, har jeg ikke gjort det enda. Men det er opp til meg selv, det er ikke stengte dører, og *det* er forskjellen. Opplever stor tilgjengelighet. Jeg vet at skjer det noe, er jeg ikke helt alene. I vanlig poliklinikk blir du mer et nummer. Med mine problemer – som verken følger klokka eller uketabeller, er dette veldig viktig. Tøyen er som et lite samfunn, de er hyggelige og hilser og jeg føler meg velkommen. Må ikke sitte på venterom i timevis å føle meg som et problem.»

På spørsmål om hva prosjektet har hjulpet henne med, svarer hun videre:

«Ganske mye når jeg tenker meg om. Jeg har de siste fire månedene vært innskrevet på en boavdeling, hvor jeg får tett oppfølging, spiser lunsj og middag med mer. Det var behandleren min som satte meg i kontakt med dem og pushet meg. Ellers har jeg deltatt på datakurs i tredje etasje her på Tøyen, og det var det også behandlerne min som hjalp meg til. Fulgte meg første gangen. Der har jeg gått i nesten ett år nå, og det er veldig bra for meg. Da har jeg noe å fylle dagene med, som oppleves meningsfullt for meg.»

En av de mannlige vi intervjuet i førsteetasjen sier om sitt forhold til Tøyen:

«Det var mye rot i begynnelsen, mest fordi jeg ikke visste hva jeg ville, men vingla veldig. Var ikke lett for X å vite hva han skulle gjøre, hva han skulle bidra med. Vi snakka mye, jeg hadde mange ønsker, mye angst og forvirring, og lite bestemte planer. Nå er jeg her hver dag og får metadon. Jeg har gått på metadon siden juni.»

...og følgende på spørsmål om hva Tøyen har hjulpet ham med:

«Da jeg endelig bestemte meg for at jeg gjerne ville prøve metadon, fiksa X dette på en to tre. Veldig kjapp. Han har også kontakt med moren min, og hjelper henne. Skrevet brev til offentlige instanser, er alltid hjelpsom og gjør det jeg vil at han skal gjøre.»

..og beskriver på følgende måte hva som har skjedd i løpet av den tiden han har vært med i prosjektet (ca ett år):

«Jeg skal ha time hos psykolog her om litt. Må snakke om angsten og uroen. Jeg trodde den skulle forsvinne når jeg kom i rutine med metadonen, men det har den ikke gjort. Jeg har sidemisbruk. Dytter i meg Benz for å holde angsten borte. Har også tatt heroin, men den tar ikke uroen og angsten – derfor trenger jeg Benz, eller psykolog. Håper og tror at han kan hjelpe meg. Vil prøve å prate med ham. Jeg har diagnosen manisk depressiv, som jeg fikk for 15 år siden. Da ble jeg tvangsinnlagt med manisk psykose. X sier at han ikke har observert noe i retning av at denne diagnosen stemmer, men samtidig er det ikke godt å vite hva som dempes og skjules av mitt sidemisbruk. Jeg har også bestilt time hos legen her, for å vurdere hvorvidt jeg skal medisineres i tillegg til metadonen for å dempe mine psykiske symptomer.»

En mannlig pasient vi intervjuet på kafé (38 år) sier:

«Jeg ruser meg når jeg blir dårlig, men prosjektet har fått meg til å skjønne at rus gjør meg syk, at jeg ikke blir bedre, men verre. At jeg får nedtur uansett, liksom. Men jeg

holder meg lengre bra dersom jeg ikke ruser meg. Dessuten opplever jeg at jeg blir fysisk sjukere av alkoholen nå enn før, både hva gjelder skallebank og nerver. ... Jeg har bedre livskvalitet nå enn for ett år siden. Jeg fungerer bedre sammen med andre mennesker fordi jeg ikke har så mye angst og vrangforestillinger som før... Men jeg vil gjerne kunne være på Tøyen lengre. Kontakten med behandleren her på Tøyen har vært viktig for meg. Jeg tenker at kanskje blir jeg aleine igjen, kanskje blir det slutt med kjerringa, og før eller seinere må jeg flytte ut fra den vernede boligen jeg bor i, og om en stund er prosjektet her slutt – da er jeg aleine igjen – og det har ikke gått veldig bra før. Men jeg må bruke den tiden jeg har igjen i prosjektet til å få andre kontakter.»

En av de yngste pasientene vi traff i førsteetasjen sier følgende om de erfaringene han har med å være en del av Tøyen-prosjektet:

«Alle som går her har sine faste kontakter – lettere å snakke med samme person om alvorlige ting. X har stilt opp skikkelig for meg. Vi stoler på hverandre. Føler at han liker meg. Jeg satt en stund i fengsel. Der skulle jeg gå til psykolog, med det ble helt mislykka. Jeg satt på lukket avdeling, hun (psykologen i fengselet) sa jeg var hyperaktiv. Men det sa hun om de andre også. Jeg ble satt inn.. Kom ut etter 2 år. Vært på Tyrili, der var det mer gruppeterapi. Ikke individuelle samtaler. Synes det er bedre her med individuelle samtaler, selv om det er uvant. Dersom de starter gruppesamtaler her, vil jeg vurdere det, men bare dersom de andre er lik meg, er folk jeg kan identifisere meg med. Må være en del av gruppa. Får det jeg trenger her. Er blitt medlem av Aktiv på dagtid. Svømmer på Tøyen, og spiller bordtennis.»

På spørsmål om hva prosjektet har betydd for ham, sier han videre:

«Jeg tror min livssituasjon ville vært veldig dårlig hadde det ikke vært for Tøyen. For de tre her oppe som har hjulpet meg. De vet hvem jeg er.»

På spørsmål om hva behandlerne har gjort for henne, svarer en av de kvinnelige pasientene som vi traff hjemme i hennes egen leilighet:

«Jeg har nettopp vært på akuttavdelingen på Lovisenberg. Dette skjedde da mine to hovedbehandlere (i Tøyen-prosjektet) var på ferie. Jeg tok kontakt med Tøyen, og snakket med en av de andre der. Han tok meg veldig på alvor, jeg var suicidal, og han ordna så jeg fikk time med to av legene oppe på Tøyen DPS – som ordna med plass til meg. Jeg var kjempefortvila og nedfor – og de tok meg på alvor. Fikk 14 dager inne, og det var kanskje starten på den nøkterne perioden jeg er i nå. Jeg vet ikke. 14 dager var bra, men litt kort. Kunne tenkt meg lengre tid utenfor og avskjerma fra rus og miljø.»

Hun sier videre:

«For meg er X (hovedkontakt Tøyen) sin fleksibilitet og tilgjengelighet viktig. For eksempel er det slik at når jeg ruser meg hardt på amfetamin, greier jeg nesten ikke å snakke. Men da har jeg og X avtalt at jeg sender henne SMS-meldinger – så kommuniserer vi på den måten. Dette har vært fint for meg.»

En av de eldste kvinnelige pasientene sier følgende om hva Tøyen-prosjektet hjelper henne med:

«Vi snakker en god del om rus X og jeg, og om hvordan jeg skal få kontroll med mitt eget rusbruk. X får meg til å tenke på at jeg skal prøve å holde meg i et visst antall dager. Av og til sprekker jeg, andre ganger greier jeg det. Men dersom jeg sprekker, får jeg dårlig samvittighet fordi vi har en avtale. Avtalen vår gjør at jeg holder lenger før jeg sprekker, og at jeg ikke ruser meg så lenge. »

Hun sier hun derfor har kortere rusperioder nå enn før.

Flere av pasientene etterlyser noe å gjøre og noen å snakke med.

4.5 Oppsummering

Kapitlet har presentert sentrale kjennetegn ved pasientene ved inntak og ved utskriving fra prosjektet. Sentrale problemstillinger i kapitlet har vært pasientenes rusbruk, psykiske lidelse, fysiske helse og funksjonsnivå, og hva som kjennetegner eventuelle endringer på disse områdene i løpet av behandlingsperioden. Videre har vi diskutert pasientenes situasjon ved utskriving, og hva pasientene synes har skjedd av viktige endringer.

Pasientpopulasjonen domineres av pasienter med psykotiske lidelser, enten i form av psykotisk hovedlidelse eller i form av affektiv lidelse med psykotiske symptomer, og personlighetsforstyrrelser. Opiatmisbruk og misbruk av flere stoffer samtidig dominerer blant pasientene. Tjueseks av pasientene (40%) har mer enn én psykiatridiagnose og 24 pasienter (37%) har mer enn én rusdiagnose. De fleste pasientene har mottatt behandling i rusomsorgen før innskriving i Tøyen-prosjektet, men det er stor variasjon i antallet behandlinger. Når det gjelder tidligere psykiatrisk behandling, er antallet behandlinger gjennomsnittlig lavere enn antallet tidligere rusbehandlinger. Dette tyder på at Tøyen-prosjektet greier å rekruttere pasienter i målgruppen, de greier å etablere kontakt og skape allianse som holder gjennom et toårig behandlingsopplegg.

Et stort flertall av pasientene har ved innskriving i prosjektet et funksjonsnivå (målt ved hjelp av GAF) som indikerer alvorlig svikt på minst ett område. Det er liten forskjell mellom kvinner og menn når det gjelder funksjonsnivå, men en tendens til tyngre symptomtrykk blant de yngste pasientene. Ved utskriving har et flertall av pasientene bedret funksjonsnivå på begge funksjonsskalaer, og et flertall har hevet sitt funksjonsnivå over grensen for alvorlig svikt. Som vist i kapittel 3 ble det ved oppstarten av prosjektet utformet prosedyreplaner som skulle sikre prosjektet de nødvendige pasientdata for å kunne beskrive og vurdere kjennetegn ved pasientene, og som vist har det av ulike grunner vært vanskelig for behandlingsteamet å gjennomføre datainnsamlingen i henhold til denne. Dette betyr at det ikke er innhentet systematiske opplysninger om pasientens fysiske helsetilstand. Vi vet at mange av dem har til dels svært dårlig allmenntilstand. Både opplysninger om fysisk og psykisk helsetilstand vil være tilgjengelige dersom prosjektet gjennomfører hele ASI-intervjuet ved innskriving og utskriving, noe evaluator sterkt vil anbefale.

Et stort flertall av pasientene har verken arbeid eller meningsfull daglig beskjeftigelse ved utskriving. De fleste av pasientene har fått endret sin bosituasjon i løpet av behandlingstiden. Alle pasienter (unntatt en) er ved utskriving overført til annen behandlingsinstans – for åtte av dem er dette fastlege. Om dette på sikt representerer en forankring for pasientene gjenstår å se.

De aller fleste pasienter som Fafo har intervjuet, uttrykket stor grad av tilfredshet med hva prosjektet har gjort for dem, og den kontakten de har med teammedarbeiderne, og samtlige gir uttrykk for stor utsikkerhet med hensyn til hvordan det skal gå med dem når prosjektperioden er over.

5 Vurderinger og anbefalinger etter to års drift

De følgende anbefalinger er ment som råd og innspill i utviklingen av Tøyen-prosjektet, for å oppnå ytterligere forbedringer av behandlingsmodell og behandlingsprosjekt. Basert på våre beskrivelser i kapittel 3 og 4, og de vurderinger vi har gjort underveis som del av følgeforskningen, har vi utformet følgende anbefalinger:

Redusert antall pasienter per behandler

Et sentralt prinsipp og forutsetning i New Hampshire-modellen er at hver enkelt behandler skal ha et begrenset antall pasienter. I Tøyen-prosjektets prosjektbeskrivelse sier de selv at hver enkelt behandler bør ha fra 8–10 pasienter. I praksis har teamet på Tøyen hatt mellom 5 og 8. Det er mange grunner til at dette tallet ligger under måltallet. Fafo finner det fornuftig at den enkelte behandler og teamet sammen gjør løpende vurderinger av dette heller enn å være opptatt av at hver behandler skal ha et bestemt antall pasienter til enhver tid. Noen av behandlerne har pasienter hvor det er mer permanent brannsløkning enn andre, hvor det er lite struktur og masse jobb med å etablere kontakter rundt om. Å kunne være aktivt med på å prøve å etablere slike strukturer rundt den enkelte, ses som viktige element både i kontakt og tillitsetableringen med pasienten, men også som ledd i den aktive behandlingen. Dersom hver behandler av eksterne grunner må ha et bestemt antall pasienter, vil vi i henhold til teamets egne vurderinger av dette, anbefale at man tar inn «lettere» pasienter, pasienter som representerer andre relasjoner, andre utfordringer for behandleren.

Økt fokusering på senioren i prosjektet

Fafo har anbefalt teamet å bruke tid og oppmerksomhet på senioren i prosjektet, de som skrives ut etter to års behandlingstid. I New Hampshire understrekes betydningen av kontinuitet over lang tid, og at opphør i tilknytning kan oppleves som bekreftelse på tidligere uinnfridde forventninger til behandlingsapparatet. Fafo anbefaler at teamet fortsetter å arbeide med å finne møteplasser og åpninger for ivaretagelse av de senioren som uttrykker vanskeligheter med relasjonsbruddet med behandler og førsteetasjen. Prosjektet kan om mulig registrere omfanget av etterspørsel etter tid og oppmerksomhet, og finne praktisk gjennomførbare og økonomisk forsvarlige måter å imøtekomme dette på innenfor rammen av behandlingsprosjektet og dets arbeid og oppfølging av nye pasienter.

Økt behov for dokumentasjon av arbeidsmåte

Det brukes mye tid på å komme i relasjon til pasientene. Behandlerne har inntil tre samtaler med den enkelte pasient og/eller hans nærmeste før innskriving i prosjektet. Det er satt

av et halvt år til kontaktetablering. Behandlerne bruker til dels mye ressurser på å kartlegge hva andre hjelpeinstanser har gjort og ikke gjort tidligere. Teamet tar alltid kontakt med samarbeidspartnere om pasientens pårørende, for på denne måten å få best mulig kjennskap til hva som er pasientens historie, problemer og hjelpebehov. Det er etter Fafos vurdering viktig at teamet dokumenterer hva de gjør og hvordan, at de nedfeller skriftlig hvilke rutiner som er etablert, eller er tenkt etablert. Fafo vurderer at dette lettere kvalitetssikrer det interne arbeid og samarbeid, at det vil lette dialogen med samarbeidspartnere, og at det er nyttig ikke minst i forhold til å overføre kunnskap til andre behandlingstiltak.

Dokumentasjon av koordinerte hjelpeinstanser

Teamet jobber etter et helhetsperspektiv, det vil si at det ikke bare er pasientenes psykiske helse og rusproblem som er i sentrum, men hele deres livssituasjon. Inkludert i dette ligger fokusering på økonomi, bolig, somatisk helse og evne til å relatere til andre mennesker. Teammedarbeideren koordinerer andre hjelperessurser ved at de tar initiativ til sammensetning og drift av ansvarsgrupper for pasientene, ved å hjelpe pasientene med å etablere kontakt med fastlege, tannlege, sosialkonsulent, trygdekontor med mer, og etter hvert også over til andre spesialisthelsetjenester som DPS-er, døgninstitusjoner med mer. Fafo vurderer det som særdeles viktig at behandlingsprosjektet fortsetter arbeidet med å dokumentere dette arbeidet, slik at pasientens behandlingsnettverk på gode måter kan overføres sammen med pasienten til andre instanser ved utskriving.

Internt samarbeid

Teamsamarbeid utført ved at det til enhver tid er minst to behandlere involvert i behandlingen av den enkelte pasient, er et organisasjonsprinsipp som etter vår vurdering kan forebygge «overload» og utbrenthet blant de ansatte. Dette er i forskningslitteraturen understreket som et viktig hensyn å ta i arbeidet med en såpass belastet pasientgruppe. Fafo anbefaler at team og prosjektledelse fortsetter å tillegge teamutvikling og teamsamarbeid stor vekt.

Tverrfaglighet

Tverrfaglig samarbeid søkes integrert gjennom daglige morgenmøter, ukentlige inntaksmøter og ukentlige behandlingsmøter der alle ansatte deltar. I tillegg har gruppen felles veiledning en gang per måned. Man etterlyste mer praktisk integrert tverrfaglighet, og har bestemt at de nå ikke skal jobbe alene med noen pasienter, men alltid være minst to terapeuter sammen. Fafo anbefaler at behandlingsteamet fortsatt retter oppmerksomhet mot det interne samarbeidet om pasientene ved at man alltid er minst to behandlere på hver pasient. Etter hvert bør man også dokumentere hvordan man fordeler ansvar og arbeidsoppgaver, og hvordan man samarbeider om det eksterne samarbeidet. Vi anbefaler også at det jobbes videre med å tydeliggjøre kriterier for fordeling av pasienten mellom teammedarbeiderne. I forlengelsen av dette finner man det kanskje nyttig, noe i retning av det som gjøres i teamets familie og nettverksarbeid, å tydeliggjøre den/de enkelte behandlernes «spesialområdet» og «interesseområder». Kontinuitet i behandlingen sikres best ved at hele teamet og ikke den enkel-

te behandler tar ansvar for den enkelte pasient. Dette sikrer at dersom behandlere av ulike grunner faller fra, er det etablert kontakt og compliance mellom pasienten og en annen av teamets medlemmer.

Behov for bedre kartleggingsrutiner

Formålet med en prosedyreplan, slik den er beskrevet i vedlegg II, er å sikre kvalitet og bredde i datatilfanget, slik at man i neste omgang skal kunne vurdere om prosjektet rekrutterer pasienter i målgruppen, og om det skjer endringer i pasientenes funksjonsnivå, livssituasjon og helsetilstand som følge av deltakelse i prosjektet. En systematisert innhenting av pasientdata representerer en nødvendig forutsetning for denne typen analyser og vurderinger. Slik de kliniske data foreligger midtveis, kan vi ikke si noe særlig om endring. Derfor foreslår evaluator en omlegging av innhold og rutiner for datainnsamlingen for å sikre data av en slik karakter at vi kan si om det er skjedd endringer i pasientens rusbruk, psykiske lidelse, funksjonsevne og livskvalitet i løpet av pasientens behandlingsperiode. Derfor foreslår Fafo endringer både av innhold og prosedyrer rundt innsamling av data for siste periode av prosjektet:

- Bruk av diagnostiske instrumenter

Det er fortsatt noe motstand mot diagnostisering og arbeidet med dokumentasjon av pasientkjennetegn og gjøremål. Det er svært krevende å diagnostisere pasienter som er stoffmisbrukere, og psykiske lidelser vanskeliggjør bedømmelsen av misbruket. Internasjonal litteratur på feltet viser at hver metode (kliniske intervjuer, rapporter fra forestående, biologiske analyser og selvverurderingsskalaer) har sine begrensninger, alle har ulike fordeler og ulemper. Den beste måten å bedømme et misbruk på er å dra nytte av mange ulike informasjonskilder; journaler, opplysninger fra pasienten selv, medlemmer i behandlingsteamet og familie og venner. Klinikerne har ofte en utpreget følelse for om forandringer i pasientens psykiske tilstand eller måte å fungere på skyldes misbruk, selv et moderat misbruk. Drake mfl. har vist at case-managers er utmerkede informasjonskilder, og at hyppige kliniske observasjoner som slike behandlingsteamet på Tøyen gjør, er godt utgangspunkt for å fastsette diagnose klinisk. Det er viktig i dette behandlingsprosjektet at det settes rus- og psykiatridiagnoser på pasientene, og den informasjon behandlerne får gjennom de diagnostiske intervjuene vurderes som verdifulle i det kliniske arbeidet de gjør sammen med den enkelte pasient. Ikke desto mindre er det Fafos anbefaling at mindre tid brukes på implementering av diagnostiske instrumenter. I de tilfellene der det ikke er mulig å gjennomføre det aktuelle intervjuet på det planlagte tidspunkt, må behandlerne i stedet dokumentere hvorfor det er slik. Dette er viktig informasjon i seg selv. Prosjektet skal høste erfaringer med hva som er realistisk og nyttig overfor denne pasientgruppen, og slik sett anbefale hvilke kartleggingsinstrumenter som har vist seg anvendelige og nyttige. Det viktigste slik Fafo vurderer det, er at man søker å gjennomføre den prosedyreplanen man har vedtatt, registrerer de avvik fra den som oppstår og hvorfor, og rapportere i henhold til prosedyreplanen for de av pasientene hvor dette er mulig.

- Endring av datainnsamlingsrutiner

Fafo anbefaler en omorganisering av datainnsamlingen på Tøyen ved at prosjektledelsen eksplisitt tar ansvar for at kliniske data bli samlet inn, systematisert og presentert på en for Fafo håndterlig måte, og tidsmessig i henhold til prosedyreplanen. Dette må gjøres enten ved at prosjektledelse selv utfører det nødvendige arbeid, eller utpeker en av teammedarbeidere som er motivert for denne typen virksomhet. På Fafo vil det være to forskere som i fremtiden skal samarbeide med teamet, og som vil dele henholdsvis den kvalitative og kvantitative datainnsamling og analyse mellom seg. Dette som en tydeliggjøring av oppgave- og ansvarsforhold, som vi tror vil lette samarbeidet mellom evaluator og behandlingsteamet. Den nye prosedyreplanen vil i samråd med prosjektledelse og referansegruppe bli vedtatt innen utgangen av året.

- Bruk av journalopplysninger

Datakilder er nettopp det, kilder til informasjon. Men samme informasjon kan være ulik nyttig i forhold til ulike formål. Så også med mye av den informasjonen teamet har samlet, eller som er registrert i journaler med mer, men som ikke er systematisert eller gjort tilgjengelig for Fafo. Fafo anbefaler at journalopplysninger i fremtiden danner basis for utvekslingen av informasjon mellom behandlingsprosjekt og evaluator. Fafo tar ansvar for, i samarbeids med prosjektledelsen, å utarbeide et praktisk opplegg for dette.

Vår anbefaling er helt klar: få instrumenter, enkle prosedyrer og klare ansvarsforhold rundt innsamling av data.

Litteratur

- Adserballe, Hans (1997) *Etikk i psykiatrien. Praksis og prinsipper*. Munksgaard. Kbh.
- Andresson, Sven og Ulla Lindström mfl. (1999) *ASI – en strukturert intervjuetode for bedømming av alkohol- og narkotikarelaterede problem*. CUS-skrift 1999:2. Stockholm
- Armeliu, Bernt Åke m.fl. (2002) *Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter*. Forskningsrapport nr 1/2002. Statens institutionsstyrelse
- Bowling, Anne (2001) *Measuring disease*. Second edition. Open University Press. Buckingham – Philadelphia
- Brandt, Preben (1999) *Udelukkende velfærd...debat om samfundet og de udstødte*. Gyldendal. Kbh.
- Bøe, Tore Dag og Arne Thomassen (2000) *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltagelse*. Universitetsforlaget
- Dixon, Annas et al. (1995) *Dealing with drugs*. London. BBC Books
- Drake R.E. mfl (1997) *Bedømming av misbruk hos individer med svære psykiske sykdommar*. Stiftelsen ETT HELT LIV. Karlskrona
- Drake, R.E. m.fl. (1998) «Integrert behandling av psykisk sykdom og misbruk hos pasienter med dobbeldiagnos. En forskningsoversikt.» Engelsk versjon publisert i *Schizophrenia Bulletin* 24(4):589-608
- Elstad, T. (1999) *Sosial integrasjon blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser*. SINTEF/Unimed. Rapport 1/99
- Evjen, R, T. Øiern og K. Boe Kielland (2003) *Dobbelt OPP. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Universitetsforlaget
- Fridell, Mats (2001) *Effekter av psykososial behandling v drogberoende*. Selksjonen for psykologi, Lunds Universitet. Slutversionen: 2001 –01 –01
- Harding, Courtenay (1999) *Artiklar om Återhåmning. Ett helt liv*. Karlskrona
- Hydén, Lars-Christer (1997) *Psykiatri – samfund – patient. Psykisk sykdom i sosialt og kulturelt perspektiv*. Socialpædagogisk bibliotek
- Kielland, Knut Boe (2000) *Dobbeldiagnoser rus/psykiatri. Hva er skrevet I Norge og internasjonalt?* Kompetansesenteret for rusproblematikk Sanderud Sykehus. Skrift nr 1
- Mueser, K.T., R.E. Drake, T. Fox (1995) *Dubbel diagnos. Behandling av svært psykisk sjuka missbrukare*. Stiftelsen ETT HELT LIV. Karlskrona

- Mueser, K.T., R.E. Drake, D.F. Noordsy (1998) «Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders.» *J Pract Psychiatry Behav Health*, 4:129-39
- Mueser, K.T. m.fl (1997) *Dubbeldiagnos schizofreni och misbruk – konsekvenser for behandlingen*. Stiftelsen ETT HELT LIV. Karlskrona
- Ot prp nr 11 (1998-99) *Om lov om etablering og gjennomforing av psykisk helsevern*. Sosial og helsedepartementet
- Pilgrim, D og A. Rodgers (1999) *A Sociology of Health and Illness*. Second edition. Open University Press. Buckingham – Philadelphia
- Rusmiddeletaten i Oslo (2003) *Tiltaksplan for laternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*
- Sayce, Liz (2000) *From Psychiatric Patient to Citizen Overcoming Discrimination and Social Exclusion*. MacMillan Press LTD. London
- Seikkula, J (2002) *Åpne samtaler*. Tano Aschehoug
- Socialstyrelsen, *Personer med svår psykisk störning och misbruk*. PSYKIATRI uppföljningen 1991:1
- Sosial og helsedepartementet, *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003 – 2005*
- Statens Helsetilsyn (2000) *ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Akademisk
- Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (2001) *Miljøterapi, en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*
- St meld nr 25 (1996–1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelse og tjenestetilbyudene*. Sosial og helsedepartementet
- Ånestad, G. (1993) *Psykiatrien i forandring: Hvordan evaluere resultatene?* Handlingsplan for statlig styring av psykisk helsevern og mental helse. Helsedirektoratet. Delutredning 1 - 1993
- St meld nr 16 (1996–97) *Narkotikapolitikken*. Sosial og helsedepartementet
- St prop nr 63 (1997–98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Endringer i statsbudsjettet for 1998
- Topor, Alain m.fl. (2002) *Vägen upp. Om at återhämta sig från svår psykisk sjukdom*. Svenska föreningen för psykisk hälsa. Stockholm

Vedlegg I

Prosedyreplan for “Prosjekt Rus og Psykisk Lidelse” på Tøyen DPS (ROP-Tøyen)

Beskrivelse av prosedyrer for innsamling av data til et modellutviklingsprosjekt for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet.

Forskningstiftelsen Fafo, Borggt 2B, Pb. 2947 Tøyen, 0608 OSLO, i samarbeid med Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål på Sanderud sykehus på Hamar.

Generelle prosedyrer

Innsamling av informasjon:

- Psykolog og prosjektleder Tove Buset ved Tøyen DPS har ansvaret for datainnsamlingen, og kontakten med Forskningstiftelsen Fafo
- Følgende personer skal besvare kartleggingsskjemaene: pasienter som er under behandling ved behandlingstiltaket i perioden 15.01. 2003 til 31.12. 2005, og som frivillig samtykker i å delta i forskningsprosjektet.
- Behandler skal informere pasient om undersøkelsen, og innhente samtykkeerklæring så raskt som mulig etter opptak i prosjektet.
- Dersom klienten ikke ønsker å delta i forskningsprosjektet, eller ønsker å droppe ut, skal dette registreres i den enkelte pasientperm.
- Prosedyrene gjelder for alle pasientene. Prosedyrene er retningsgivende, men åpner opp for fleksible fremgangsmåter.
- Pasienter som skal besvare kartleggingsskjemaene må ikke være synlig påvirket av rusmidler.
- Pasienter som skal besvare kartleggingsskjemaene bør ikke være i en akutt krise.

Rapportering

- Det utarbeides navnelister med identifikasjonsnummer. Hver pasient tildeles et identifikasjonsnummer. Dette nummeret påføres alle utfylte kartleggingsskjema.
- Utfylte kartleggingsskjema skal etter nærmere avtale samles inn og gjøres tilgjengelig for Forskningsstiftelsen Fafo og deres analysearbeid. Dette er prosjektleders ansvar.
- Av anonymitetshensyn er ikke opplysningene i kartleggingsskjemaene personidentifiserbar.

Klinisk kartlegging

Verktøy	Utfyller	Tidspunkt
1. Tøyen I	Behandler	v/hver konsultasjon
2. MBDS	Behandler	v/innskriving og før utskriving
3. GAF	Behandler	ved innskriving og før utskriving
4. ASI	Behandler	ved inntak og før utskriving
5. HSCL-25	Selvutfyllingsskjema	v/innskriving og før utskriving
6. SCID I og II	Behandler	en gang

Evalueringsprosjektet

Metode	Utfyller	Tidspunkt
1. 10-15 pasientintervjuer	Fafo	i løpet av prosjektet
2. Intervjuer med teammedarbeidere	Fafo	årlig
3. Deltakende observasjon	Fafo	flere
4. Strauss Carpenter	Fafo	v/inntak og før utskriving
5. Tjenestekartleggingsskjema	Fafo	en gang i løpet av prosjektperioden
6. Intervjuer samarbeidspartnere	Fafo	i løpet av prosjektperioden

SAMTYKKEERKLÆRING VEDRØRENDE OPPLYSNINGER TIL FORSKNINGSFORMÅL

Jeg samtykker til at opplysninger som gis til medarbeidere ved Prosjekt Rus og Psykisk Lidelse på Tøyen, og til forsker tilknyttet prosjektet, kan bli brukt til forskningsformål, da i anonymisert form. Jeg samtykker også til at prosjektets samarbeidspartnere kan gi opplysninger til forsker og ansatte i prosjektet.

Opplysninger vil fremkomme gjennom intervjuer eller ved utfylling av spørreskjema.

Samtykket gjelder mens jeg er tilknyttet Prosjekt Rus og Psykisk Lidelse og ved eventuell oppfølging i inntil 3 år.

Sted og dato

Underskrift

Kartleggingsskjemaer

OBLIGATORISKE INTERVJUER OG VERKTØY

1. Tøyen I

- Tøyen I er et selvkomponert skjema til bruk for behandler etter hver konsultasjon. Her registreres Ruspåvirkning, Personlig hygiene, Angst /depresjon og Psykotisk fungering – alt på en skala fra 1 til 5, hvor det en minst ønsker har høyest tallverdi. Skjema beskriver behandlers subjektive vurdering av disse trekk og kjennetegn ved pasienten, som er konsistente opplysninger om situasjon og endring for den enkelte pasient i prosjektet. Ut fra skjema vil man over tid kunne lese ut forandringer og mønstre i pasientens adferd, og systematiske sammenhenger mellom rus og psykisk fungering. I tillegg registreres hvor pasient og behandler møtes, dvs at behandlerne og vi her etter hvert får en god oversikt over alle de forskjellige arenaer behandlerne oppsøker sine pasienter på, og prosjektets grad av oppsøkende aktivitet.

2. MBDS (MinsteBasisDataSett)

Dette skjema fylles ut av behandler ved innskriving. Skjema gir diverse personopplysninger om pasienten så som navn, adresse, telefonnummer, yrke og pårørendes navn og adresse. Her skal behandler fylle ut innleggelsesparagraf, henvisningsinstans, hvor pasienten kommer fra, samt sosiale kjennetegn som sivil status og inntekstkilde. Her skal man også fylle inn pasientens GAF-funksjon og symptom.

3. GAF (Global Assessment of Function)

GAF er delt i en symptom skala og en funksjonsskala, og gir et mål på en persons fungering på et gitt tidspunkt. Skalaverdiene går fra 1 til 100, hvor høyere tall angir best fungering. Skalaen er inndelt i ti like intervaller, fra 1-10 og 91-100. De fleste dagpasienter viser seg å ha verdier mellom 40-70. GAF regnes som et pålitelig instrument, og brukes i alle sykehus i Norge. Cut-off for “minimal impairment” er satt til 70.

4. Europ-ASI (European Adiction Severity Index)

- Europ- ASI er en europeisk versjon av et opprinnelig amerikansk skjema, og er et strukturert intervju for kartlegging av blant annet rusbruk, der pasienten intervjues av en av behandlingsprosjektets ansatte. Intervjuet varer mellom 45-60 minutter. I behandlingsprosjektets første 2 år anvendte behandlingspersonalet kun ASI-Rus, mens man nå skal

bruke hele intervjuet. Spørreskjema består av 180 spørsmål, inndelt i 12 deler, fra A til K, og gir rikelig med informasjon om diagnostiske og behandlingsrelevante områder som fysisk helse, arbeid og forsørgelse, alkohol og narkotikabruk, kriminalitet, misbruk og psykiske problemer i familien, familiehistorie og sosiale relasjoner samt psykisk helse. I tillegg sikrer intervjuet evaluator tilgang til opplysninger om pasientens sivilstatus og boligsituasjon. Ved å anvendes så raskt som mulig etter innskriving, samt en gang før utskrivning, vil man her kunne fange opp endringer langs flere sentrale parametre i forhold til livskvalitet og helsetilstand for pasientgruppen. Behandlergruppen vil gjennomgå en intern opplæring i bruk av skjema.

5. HSCL-25 (Hopkins Symptom Check List)

Dette er kortversjonen av et skjema på i alt 90 spørsmål, en versjon som er brukt i flere populasjonsundersøkelser i Norge de siste tiårene. Dette gjør at pasientpopulasjonen i ROP vil kunne sammenlignes med grupper i normalbefolkningen.

Skjemaet skal fylles ut av pasienten selv. Selvutfyllingsskjemaet skal presenteres for pasientene to ganger i løpet av deres 2-årige behandlingsperiode: første gang i løpet av de første 3 mnd. og 2.gang i løpet av de siste 3 mnd. de er med i prosjektet. Dette for å registrere endring. HSCL-25 er et skjema hvor pasienten skal angi hvor mye han eller hun har vært plaget av 25 ulike symptomer de siste 14 dagene før utfylling.

6. SCID I og II

- SCID I er et strukturert klinisk pasientintervju for diagnostisering av akse I lidelser i DSM-IV systemet. Dette innebærer affektive episoder, psykotiske og assosierte symptomer, differensial diagnose av psykotiske forstyrrelser, affektive forstyrrelser, stoff og alkoholmisbruks-forstyrrelser, panikk-forstyrrelser, somatoforme forstyrrelser, spiseforstyrrelser, tilpasningsforstyrrelser og andre særskilte forstyrrelser).
- SCID II er klinisk intervju for diagnostisering av akse II lidelser, som er ulike personlighetsforstyrrelser (i DSM-IV systemet). Behandlerne må ha opplæring i å anvende dette verktøyet, og per oktober 2001 er tre av prosjektets klinikere autoriserte til å foreta slike intervjuer. For forskningsformål blir diagnoseresultatet ført inn i et eget registreringsskjema (anonymisert) som forsker har tilgang til. Det er meningen at de av pasientene som er i stand til å gjennomføre et slikt intervju, og i den grad prosjektet har kapasitet til det, skal SCID's minst en gang i løpet av behandlingsperioden.

Vedlegg II

Tabellvedlegg til kapittel 4

Tabell 4.1 Psykiatriske hoveddiagnoser blant kvinner og menn (absolutte tall)

Diagnose	Kjønn		Totalt
	Mann	Kvinne	
Psykotiske lidelser:			
Schizofreni	9	5	14
Schizotyp lidelse	3	1	4
Paranoide psykoser	1	3	4
Schizoaffektive lidelser	4	3	7
Uspes. ikke-organisk psykose	-	2	2
Affektive lidelser:			
Manisk episode	-	1	1
Bipolar affektiv lidelse	7	-	7
Depressiv episode	1	-	1
Tilbakevendende depressiv lidelse	2	2	4
Vedvarende affektive lidelser	-	1	1
Andre psykiske lidelser:			
Andre angstlidelser	1	1	2
Spesifikke personlighetsforstyrrelser	5	7	12
Blandede og andre personlighetsforstyrrelser	2	1	3
Vedvarende personlighetsforandringer	-	1	1
Hyperkinetiske forstyrrelser	1	-	1
N	36	28	64

Tabell 4.2: Totalt antall innskrevne pasienter etter henvisningsinstans (absolutte tall)

Henvisende instans	Pasientens bydelstilknytning	Innskrevne pasienter
Pasienten selv		3
Natthjemmet		1
Feltpleien		7
PRO-senteret		1
Uteseksjonen		1
Tøyen DPS		16
Josefine DPS		1
Holmlia DPS		1
Aker post 1		1
Aker psyk		1
Aker PUT		1
Ullevål akuttavd.post 1		3
Ullevål med.avd.		1
Ullevål psyk. Avd.		2
Ullevål PUT		2
PUT Asker og Bærum		1
Lovisenberg akuttavd.		6
Allmennlege		4
Lien psykiatriske senter		1
Haugenstua legesenter		1
Bygdøy helsesenter		1
MARIO		4
STA-prosjektet		1
Stovner sosialsenter		1
Romsås sosialsenter		1
Grefsen sosialsenter		1
Grønland sosialsenter		1
Grorud sosialsenter		1
Uller sosialsenter		1
Bislett sosialsenter		1
Schous sosialsenter		1
Akerselva sosialsenter		1
Ekeberg sosialsenter		2
Bydel Sagene/Torshov		2
Totalt		74

Tabell 4.3: Rusrelaterte lidelser (hoveddiagnoser) blant kvinner og menn (absolutte tall)

Diagnose	Kjønn		Totalt
	Mann	Kvinne	
Alkohol:			3
Skadelig bruk	-	1	
Avhengighetssyndrom	1	1	
(Rusutløst) Psykotisk lidelse	-	-	
Opiater:			16
Skadelig bruk	-	1	
Avhengighetssyndrom	9	6	
(Rusutløst) Psykotisk lidelse	-	-	
Cannabinoider:			2
Skadelig bruk	-	1	
Avhengighetssyndrom	1	-	
(Rusutløst) Psykotisk lidelse	-	-	
Sedativa:			2
Skadelig bruk	-	-	
Avhengighetssyndrom	-	1	
(Rusutløst) Psykotisk lidelse	1	-	
Andre stimulanter:			9
Skadelig bruk	1	-	
Avhengighetssyndrom	2	4	
(Rusutløst) Psykotisk lidelse	1	1	
Multiple stoffer:			32
Skadelig bruk	5	1	
Avhengighetssyndrom	14	10	
(Rusutløst) Psykotisk lidelse	1	1	
N	36	28	64

Tabell 4.4: Rusrelaterte lidelser (hoveddiagnoser) etter kjønn og aldersgruppe (absolutte tall)

Diagnosegruppe	Kjønn	Aldersgruppe				Totalt
		20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	
Alkohol						3
	Mann	-	-	1	-	
	Kvinne	-	2	-	-	
Opiater						16
	Mann	4	2	2	1	
	Kvinne	3	4	-	-	
Cannabinoider						2
	Mann	1	-	-	-	
	Kvinne	1	-	-	-	
Sedativa						2
	Mann	-	1	-	-	
	Kvinne	-	-	1	-	
Andre stimulanter						9
	Mann	-	3	1	-	
	Kvinne	1	1	3	-	
Multiple stoffer						32
	Mann	5	13	2	-	
	Kvinne	4	5	3	-	
Totalt		19	31	13	1	64

Tabell 4.5: Diagnostiseringsinstans (ved innskriving) blant kvinner og menn (absolutte tall)

Hvem har satt diagnosene?	Kjønn		Totalt
	Mann	Kvinne	
Tøyen	17	6	23
Andre (før innskriving)	8	6	14
N	25	12	37

Tabell 4.6: Debutstoff, gjennomsnittlig debutalder¹ og omfang av misbruk blant kvinner og menn (absolutte tall)

	Debutstoff		Gjennomsnittlig debutalder		Gjennomsnittlig antall misbruksår	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Alkohol/cannabis	23	7	14	14	14,5	14
Sentralstimulerende midler			18,1	16,6	13,3	14,4
Heroin	1	1	22	18	14,7	10,6
Smertestillende/-dempende, opiater					12,5	12,3
N						

¹Vi har her valgt å oppgi laveste debutalder som den alder pasienten oppgir å ha debutert på det rusmiddel vedkommende pasient har brukt lengst.

Tabell 4.7: Kontakt med venner siste år blant kvinner og menn (absolutte tall)

	Kjønn		Totalt
	Mann	Kvinne	
Kontakt med venner			
Treffer overhodet ikke venner	6	2	8
Treffer ikke venner unntatt "over gjerdet" (på arbeid/skole)	1	1	2
Treffer venner ca. en gang per måned	2	1	3
Treffer venner 2-3 ganger per måned	3	3	6
Treffer venner minst en gang per uke	12	3	15
N	24	10	34

Tabell 4.8: Oversikt over utskrevne pasienter per juli 2003 (n=21)

Kjønn:	
Mann	15
Kvinne	6
Aldersgruppe:	
20-29 år	4
30-39 år	7
40-49 år	9
50-59 år	1

Tabell 4.9: Psykiatriske hoveddiagnoser ved utskriving, blant kvinner og menn (absolutte tall)

Diagnose	Kjønn		Totalt
	Mann	Kvinne	
Psykotiske lidelser:			
Schizofreni	2	2	4
Schizotyp lidelse	2	-	2
Paranoide psykoser	1	1	2
Schizoaffective lidelser	3	-	3
Uspes. ikke-organisk psykose	-	1	1
Affektive lidelser:			
Manisk episode	-	-	-
Bipolar affektiv lidelse	3	-	3
Depressiv episode	-	-	-
Tilbakevendende depressiv lidelse	1	-	1
Vedvarende affektive lidelser	-	-	-
Andre psykiske lidelser:			
Andre angstlidelser	-	-	-
Spesifikke personlighetsforstyrrelser	3	2	5
Blandede og andre personlighetsforstyrrelser	-	-	-
Vedvarende personlighetsforandringer	-	-	-
Hyperkinetiske forstyrrelser	-	-	-
N	15	6	21

Tabell 4.10: Rusdiagnoser ved utskriving blant kvinner og menn (absolutte tall)

Rusdiagnose knyttet til...	Kjønn	
	Mann	Kvinne
Alkohol	1	1
Opiater	5	-
Cannabinoider	-	1
Sedativa	-	-
Andre stimulanter	2	1
Multiple stoffer	7	3
N	15	6

Tabell 4.11: Funksjonsnivå for utskrevne pasienter i hht. Strauss-Carpenter Level of Functioning-skala (absolutte tall).

Funksjonsområder	Svarkategorier	1. gangs utfylling (n=16)	2. gangs utfylling (n=16)
Meningsfull beskjeftigelse siste år			
	Ingen meningsfull beskjeftigelse siste år	8	9
	Meningsfull beskjeftigelse mindre enn halvparten av siste år	3	1
	Beskjeftiget hel-/deltid ca. halvparten av siste år	2	2
	Beskjeftiget mer enn halve året, men ikke kontinuerlig	2	1
	Kontinuerlig beskjeftiget	1	3
Arbeid	Trygdet, ikke i stand til å arbeide	16	15
	Arbeidsledig, istand til å arbeide	-	-
	Deltidsarbeid <20 timer per uke	-	1
	Deltidsarbeid >20 timer per uke	-	-
	Fulltidsarbeid (ca. 37 timer per uke)	-	-
Kontakt med venner siste år	Treffer overhodet ikke venner	1	2
	Treffer ikke venner, unntatt "over gjerdet" (på arbeid/skole)	2	1
	Treffer venner ca. 1 gang per måned	-	1
	Treffer venner 2-3 ganger per måned	4	4
	Treffer venner minst en gang per uke	9	8
Innleggelse i (psykiatrisk) sykehus siste år	Innlagt mer enn 9 måneder	-	1
	Innlagt 6-9 måneder	1	-
	Innlagt 3-6 måneder	-	3
	Innlagt mindre enn 3 måneder	6	3
	Ikke innlagt siste år	9	9
Symptomer siste måned	Kontinuerlige og alvorlige tegn og symptomer	1	-
	Alvorlige tegn/symp. noe av tiden, el. moderate tegn/symp. hele tiden	6	2
	Moderate tegn/symp hele tiden	2	6
	Lette tegn/symp det meste av tiden, el. moderate tegn/symp ved sjeldne anledninger	6	8
	Ingen tegn/symp.	1	-

Fra portvakt til døråpner

På Tøyen DPS har Lovisenberg Diakonale sykehus startet opp et bydekkende behandlingsprosjekt for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk. Tiltaket er et metodeutviklingsprosjekt som har fått fem år på seg til å prøve ut og utvikle en behandlingsmodell som egner seg for pasientgruppen.

Tradisjonelt er denne pasientgruppen blitt møtt på motstridende måter innen rusomsorg og psykisk helsevern. Samarbeidet mellom de ulike involverte instanser er ikke godt nok, ofte med fatale konsekvenser for pasientene. Behandlingsteamet på Tøyen er tverrfaglig sammensatt, og jobber oppsøkende og intensivt med hver enkelt pasient over en periode på to år. Prosjektets faglige forankring ligger i den såkalte New Hampshire-modellen, hvor tanken er at ett og samme behandlingsmiljø skal kunne møte både de rusrelaterte, de psykologiske og de sosiale problemene samtidig og over tid. Målet med behandlingsteamets innsats er at pasientene etter hvert skal etablere relasjon til og muligheter innenfor det etablerte hjelpe og behandlingsapparatet.

Forskningsstiftelsen Fafo har fått i oppdrag å evaluere prosjektet, og det foreliggende notat presenterer erfaringer og resultater midtveis i prosjektet. Sluttrapport fra prosjektet vil foreligge i 2006.