

Siv Øverås og Anders B. Fyhn

Fra døråpner til alibi?

**Evaluerings av et femårig
klinisk behandlingstiltak for personer
med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk
ved Tøyen DPS (ROP-Tøyen)**



Siv Øverås og Anders B. Fyhn

Fra døråpner til alibi?

**Evaluerings av et femårig klinisk behandlingstiltak
for personer med alvorlig psykisk lidelse
og rusmisbruk ved Tøyen DPS (ROP-Tøyen)**

© Fafo 2006

ISBN 82-7422-529-5

ISSN 0801-6143

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Omslagsfoto: © Jann Lipka / Mira / Samfoto

Trykk: Allkopi AS

Innhold

Forord	5
Del 1 Innledning og bakgrunnsbilde	7
1 Innledning	9
1.1 Evalueringens formål og problemstillinger	10
1.2 Fafos rolle i behandlingsprosjektet	12
1.3 Rapportens oppbygging	13
2 Metode og data	15
2.1 Datakilder og design	15
2.2 Forhold som påvirket oppstarten av evalueringen	21
3 Bakteppe	27
3.1 Kunnskapsstatus om pasientgruppen	27
3.2 Et internasjonalt perspektiv	28
3.3 Noen nasjonale perspektiver og rammer	30
3.4 Noen lokale rammebetingelser	33
3.5 New Hampshire-modellen	36
Del II kjennetegn ved målgruppe og pasienter	39
4 ROP-prosjektets oppstart	41
4.1 Prosjektets oppstart	41
4.2 Avgrensning av målgruppe	42
5 Kjennetegn ved pasientene	47
5.1 Kjønn og alder	48
5.2 Bydelstilknytning og fødeland	53
5.3 Pasientenes psykiatri- og rusdiagnoser	54
5.4 Funksjons- og symptomnivå ved inntak	67
5.5 Beskjeftigelse og sosial kontakt	70
5.6 Pasientenes boligsituasjon	71
5.7 Sammenfatning	73

Del III Kjennetegn ved behandlingsteam og arbeidsform	75
6 Teamets interne organisering, kompetanse og arbeidsoppgaver	77
6.1 Lokaler, åpningstider og ukeplan	78
6.2 Teamsammensetning, faglig plattform og organisering	82
6.3 Arbeidsmåte og arbeidsoppgaver	89
6.4 Fagutvikling og kompetansebygging	103
6.5 Sammenfatning	105
7 Inntaksprosess og eksternt samarbeid	109
7.1 Henvisningsprosessen	109
7.2 ROPs prioriteringer i perioden	114
7.3 Hvilke instanser henviste pasienter til ROP?	118
7.4 Lengde på behandling	122
7.5 Eksternt samarbeid	125
7.6 Sammenfatning	133
Del IV Analyser og avslutning	135
8 Egnen behandlingsmodellen seg for pasientene?	137
8.1 Kjennetegn ved pasientene ved utskriving	137
8.2 Endring i diagnoser	144
8.3 Hovedinntrykk etter pasientintervjuene	153
8.4 Oppsummering	156
9 Egnen behandlingsmodellen seg for teamet og dets samarbeidsinstanser?	159
10 Oppsummering, konklusjoner og anbefalinger	169
Døråpner eller alibi?	172
Litteraturliste	175
Vedleggstabeller	181
Vedlegg 1 Prosedyreplan for innhenting av data 2003–2005	185
Vedlegg 2 Samtykkeerklæring for ROPs pasienter	191

Forord

Forskningsstiftelsen Fafo fikk høsten 2000 i oppdrag av Oslo kommune å evaluere Prosjekt Rus og Psykisk Lidelse på Tøyen Distriktpsykiatriske Senter (ROP-Tøyen). Denne rapporten ville ikke kunne vært skrevet uten de bidrag pasientene i ROP-prosjektet, ROP-teamet og deres samarbeidspartnere har gitt oss. Vi vil rette en spesiell takk til pasientene for at de tok seg tid til å snakke med oss.

Tøyen-prosjektets hovedmålsetting var å utvikle en behandlingsmodell som viser seg egnet for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. Dette behandlingsprosjektet startet opp i 1. etasjen på Tøyen DPS i januar 2001, og avsluttet prosjekttiden 31. desember 2005. Fafo har fulgt ROP-prosjektet fra før oppstarten og frem til overgangen til ordinært tiltak ved Tøyen DPS 1. januar 2006. De ulike prosesser og resultater som inngår i evalueringen ble publisert i midtveis-notatet «Fra portvakt til døråpner» (Øverås 2003), samt i den foreliggende sluttrapporten.

Evalueringsprosjektet har blitt gjennomført med midler fra Oslo kommune, etter hvert Lovisenberg Diakonale Sykehus, i hele prosjektperioden. Sluttrapporten inneholder en beskrivelse av behandlingsteamet, behandlingsmodellen og pasientene, og en vurdering av behandlingsprosjektets egnethet og måloppnåelse i løpet av prosjektperioden. Takket være tilleggsmidler fra og med 2003 fra Sosial og helsedirektoratet og Opptrappingsplanen for psykisk helse, inneholder sluttrapporten en langt fyldigere dokumentasjon av kjennetegn ved pasientene og analyser av hva som skjer med pasientene i løpet av behandlingstiden, enn hva den ville gjort kun med den opprinnelige bevilgningen.

Referansegruppen for evalueringen har bestått av Lilleba Fauske fra Rusmiddel-etaten i Oslo (erstattet av Merete Hanch-Hansen fra 2003), Sidsel Wester fra Sagene sosialkontor, Svein Staff fra Holmlia DPS, senere Kompetansepsykiatrisk enhet ved Aker Sykehus, Kirsten Frigstad fra Natthjemmet for prostituerte, Anne Landheim fra Østnorsk kompetansesenter for rus (erstattet i 2004 med Amund Aakerholt), Helga Skåden fra Mental Helse Oslo, Lars Linderøth, avdelingsoverlege Tøyen DPS frem til 1. oktober 2005, samt Tove Buseth som var prosjektleder ved ROP-Tøyen. Vi takker for et langt og godt samarbeid, og for mange spennende diskusjoner. Vi håper å kunne bidra til opprettholdelsen av nettverket også i årene som kommer.

Undertegnede vil også takke alle de ansatte i ROP-Tøyen for mange og interessante sammenkomster og diskusjoner. Det har alltid vært spennende å være tilstede

i 1. etasjen. Uten teammedarbeidernes medvirkning som formidlere mellom forsker og pasient, ville ikke denne rapporten sett dagens lys.

Data som presenteres i denne rapporten er kvalitetssikret og anonymisert ved gjennomgang av manus med ROP-teamets forskningsledelse og prosjektets referansegruppe, i tillegg til interne kvalitetssikrere. Vi mener på denne måten å ha utført tilfredsstillende kontroll både med tolkninger av og presentasjon av data. Men det er ikke til å komme bort i fra at det er vi som har stilt spørsmålene, og det er vi som har tolket svarene.

Undertegnede vil også takke publikasjonsavdelingen ved Fafo for ferdigstilling av rapporten.

Oslo, oktober 2006

Siv Øverås
Prosjektleder

Del 1 Innledning og bakgrunnsbilde

Den foreliggende rapporten er Fafos sluttrapport fra evalueringen av Prosjekt Rus og Psykisk lidelse (ROP) på Tøyen Distriktpsykiatriske Senter (DPS).¹ Evalueringsprosjektet startet høsten 2000 og avsluttes med denne sluttrapporten. Fafo har tidligere publisert midtveisrapporten «Fra portvakt til døråpner» fra evalueringen (Øverås 2003).

Rapporten er inndelt i fire deler. Denne delen, del I, er en innledende del bestående av tre kapitler: I kapittel 1 presenteres evalueringsprosjektets formål, problemstillinger samt forskningsfaglige og etiske vurderinger. I kapittel 2 presenterer vi ulike datakilder og utfordringer Fafo har stått overfor hva gjelder innhenting, tilrettelegging og analyse av evalueringens ulike data. I kapittel 3 søker vi å beskrive problemområdet ROP-prosjektet har arbeidet innenfor og plassere det inn i en større nasjonal og internasjonal fagpolitisk setting.

¹ I rapporten varierer vi mellom ulike betegnelser på prosjektet: ROP-Tøyen, ROP-prosjektet, eller bare «ROP», «prosjektet» eller «behandlingsprosjektet»

1 Innledning

Personer med alvorlig psykisk lidelse og langvarig rusmisbruk fikk utover på 1990-tallet økt oppmerksomhet, ikke minst gjennom stortingsmeldingen Åpenhet og helhet (St. meld. nr. 25 (1996–97)). Her påpekte man mangler i det ordinære tjenestesystemet for denne pasientgruppen, og behovet for å etablere særskilte tilbud til gruppen. Det ble slått fast at status i fagfeltet i Norge var at det fantes lite dokumentert kunnskap og kompetanse både når det gjaldt forskning og utprøving av tiltak og behandlingsmodeller for rusmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser. Meldingen understreket behovet for å kartlegge gruppen med dobbeltdiagnose i Norge, behovet for bedre samordning innen helse- og sosialtjenestene, samt utbygging av poliklinisk behandling knyttet til distriktpsykiatriske sentra (jf. St.meld. nr. 16 1996–97, St.meld. nr. 25 1996–97, St.prep. nr. 63 1997–98). En viktig erkjennelse var at ett og samme behandlingsmiljø måtte kunne møte både de rusrelaterte og de psykisk relaterte problemene hos personer med de særlig alvorlige psykiske lidelsene. Den såkalte New Hampshire-modellen² ble av mange i fagfeltet vurdert å være et interessant svar på mange av de behovene psykiatri og rusbehandling uttrykte når det gjaldt denne pasientgruppen. Utprøvingen av denne modellen var derfor etterspurt av begge fagområdene, av både psykiatri og rusomsorg (Dixon et al., 1995; McHugo et al., 1999; Mueser et al., 1998).

Høsten 2000 ble Lovisenberg sykehus ved Tøyen DPS tildelt midler for å prøve ut et slikt behandlingstilbud. Formålet var å utvikle en klinisk behandlingsmodell for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet i Oslo. Prosjekt Rus og Psykisk Lidelse (heretter forkortet ROP-prosjektet) skulle i løpet av en femårsperiode prøve ut noen utvalgte elementer fra New Hampshire-modellen, og tilpasse disse til norske forhold og norske pasienters særtrekk og behov, nærmere bestemt pasienter i Oslo. ROP-prosjektet skulle være bydekkende, det vil si at de skulle ta i mot henvisninger fra alle bydeler i Oslo. Behandlingsteamet skulle prøve ut tilnærminger og metoder med formål å rekruttere, behandle, utrede og viderehenvise en

² «New Hampshire-prosjektet» startet opp i delstaten New Hampshire i USA i 1988, og har siden utviklet og dokumentert erfaringer og kunnskap som har fått stor betydning for utviklingen av måter å behandle personer med sammensatt problematikk rus og psykiatri på både i Storbritannia og Nord-Europa (Drake et al, (1998), Mueser et al., (1998)). Det gjøres stadige revideringer av behandlingen, og behandlingstiltaket er i dag standardisert behandling for denne målgruppen i staten New Hampshire. Sentrale prinsipper i denne behandlingsmodellen beskrives i denne rapportens kapittel 3.

bestemt gruppe pasienter. I tillegg skulle teamet prøve ut bestemte kliniske kartleggingsverktøy, og disses egnethet i forhold til pasientgruppen.

I prosjektperioden 2001–2005 har ROP bestått av et tverrfaglig sammensatt team med i alt ni klinikere og med lokaler i 1. etasje i samme bygning som Tøyen DPS. Prosjektet har i løpet av prosjektperioden totalt hatt 116 pasienter inne til behandling. I alt 68 pasienter hadde i løpet av prosjektperioden gjennomført et toårig behandlingsforløp, mens 44 pasienter i desember 2005 fortsatt var til behandling. Disse 44 pasientene tok ROP med seg inn i en situasjon fra januar 2006 hvor de ble en del av Lovisenberg sykehus ordinære behandlingsapparat, med ansvar for behandling av dobbeldiagnosepasienter i Oslo. Prosjektet var altså av sykehuset og Tøyen DPS vurdert som så vellykket at det ble videreført som ordinært tiltak. Alle i teamet fortsatte i sine jobber, og ble fast ansatt fra 1. januar 2006³.

ROP-prosjektet skulle være et modellutviklingsprosjekt og hadde en uttalt målsetting om å legge stor vekt på forskning og evaluering. Høsten 2000 ble Fafo tildeelt oppdraget å evaluere ROP-prosjektet for perioden 2001–2005.

1.1 Evalueringens formål og problemstillinger

Evalueringens overordnede problemstilling knytter seg til hvorvidt ROP-prosjektet empirisk har vist seg å representere en behandlingsmodell som egner seg for målgruppen. I tillegg er det av interesse hvorvidt behandlingsmodellen slik den ble praktisert på Tøyen (i perioden 2001–2005), ser ut til å ha fungert for teamet som arbeidsgruppe og arbeidsplass, for de pasienter som gjennomgikk behandlingen og for omgivelsene rundt.

Det sentrale spørsmål i evalueringen har derfor vært hvorvidt de arbeidsmåter og ressurser behandlingsteamet har anvendt og hatt til rådighet i det pasientrettede arbeidet, har vist seg egnet for de pasientene teamet har rekruttert til prosjektet. I evalueringen har det derfor vært sentralt å beskrive kjennetegn ved teamet og dets arbeidsmåte, å vurdere hvorvidt prosjektet 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.

Når det gjelder måling av prosjektets resultater, dreier dette seg ikke om effekt-evaluering i streng metodisk forstand. Det er svært mange ukjente variabler som kan

³ I denne rapporten beskriver vi ROP i fortid for å poengtere at evalueringen kun dekker perioden ROP var et prosjekt. Mange av de beskrivelsene vi gir av deres aktiviteter, strukturer og prioriteringer vil imidlertid fortsatt være gjeldende. Hvilke endringer som eventuelt er foretatt etter desember 2005 inngår ikke som element i denne evalueringsrapporten.

ha stor og ukjent innvirkning på pasientens livssituasjon, og vi har ikke mulighet til å systematisere og ta høyde for disse. Vi har heller ikke hatt noen kontrollgruppe å sammenlikne med. Evalueringen fokuserer på rapporterte endringsdata. Sentrale punkter er pasientenes subjektive opplevelse av bedring over tid og av hva deltakelse i prosjektet innebærer for dem. Også mer objektive mål som endring i pasientens rus- og psykiatridiagnoser, funksjonsnivå, samt evne til å benytte eksisterende behandlingstilbud og botilbud, inngår i analysene.

Sentrale forsknings spørsmål i evalueringen er følgende:

- Hva kjennetegnet behandlingsprosjektets målgruppe og inntakskriterier?
- Hva kjennetegnet pasientene, med hensyn til bakgrunnsvariabler som kjønn og alder, og deres rus- og psykiatridiagnoser?
- Hva kjennetegnet pasientenes funksjonsnivå? Hva kjennetegnet pasientenes erfaringer med ROP? Hva kjennetegnet behandlingsteamets pasientrettede arbeidsmetoder og måte å organisere dette arbeidet på? Hva kjennetegnet anvendelsen av den tverrfaglige kompetanse som var integrert i teamet?
- Hvilke tilpasninger ble gjort av behandlingsmodellen underveis?
- Hvordan dokumenterte behandlingsteamet sitt arbeid og sine resultater?
- Hva preger samarbeidsinstansenes erfaringer med behandlingsteamets kompetanse og arbeidsform?

Denne rapporten 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 underveis og etter fem år. Deretter presenteres begrunnelser for de endringer og justeringer som er gjort underveis, og hvordan dette vurderes. Eksternt samarbeid er inkludert som sentralt element i beskrivelsen og vurdering av hva som kjennetegner behandlingsteamet og deres arbeidsmåte.

Ikke bare ROP-prosjektet, men også evalueringsoppdraget har endret seg i løpet av de vel fem årene Fafo har fulgt teamet og dets virksomhet. Ikke minst skyldes dette at vi i 2002/2003 søkte og ble tildelt ekstramidler fra Opptrappingsplanen for psykisk helsevern, midler som gjorde det mulig å analysere mer av de innsamlede data, og gjorde det mulig for Fafo å ha en sterkere rolle i prosjektperioden. Årlige bevilgninger var i 2001 og 2002 på 210 000 kroner, mens dette ble økt med 270 000 kroner per år med bevilgningen fra Sosial- og helsedirektoratet i 2003, 2004 og 2005. De første årene tilsvarte dette to månedsverk, de siste årene noe under fem månedsverk per år.

1.2 Fafos rolle i behandlingsprosjektet

Som vi kommer nærmere inn på i kapittel 3 er behandling og forskning i New Hampshire integrert og at det foregår en fortløpende evaluering av prosess og resultat utført av klinikere tilknyttet behandlingsprosjektet. Slik hadde man i utgangspunktet også tenkt seg det på Tøyen. Utgangspunktet var at man ønsket seg et forskningsopplegg som i størst mulig grad skulle integreres i den kliniske virksomheten ikke minst i forhold til bruk av kartleggingsinstrumenter. Man prøvde derfor å rekruttere en medisiner/forsker i halv stilling. Dette slo man imidlertid av flere grunner fra seg etter hvert, og Fafo ble tilbudt oppdraget som ekstern evaluator. Fordi prosjektledelsen valgte å gi evalueringsoppdraget til et eksternt forskningsinstitutt, kan Tøyen-prosjektet sies å bestå av to deler: et klinisk behandlingsprosjekt og en forskningsbasert evaluering av dette.

Evalueringen består av både en prosess- og en resultatevaluering. Hensikten med prosessfokuseringen har delvis vært å benytte selve evalueringen som redskap i forbedringen av tiltaket, ved at evaluator har inngått i dialog med de involverte partene for på den måten å bidra med data og ideer underveis i prosjektets utvikling. Det har ikke vært meningen at Fafo skulle være noen ansvarlig hovedaktør, men ha en mer distansert rolle og forsøke å medvirke til at det oppstod interne lærings- og endringsprosesser innenfor rammene av prosjektet. Før og under oppstarten av prosjektet skjedde dette gjennom at Fafo, til dels sammen med Østnorsk kompetansesenter for rus og avhengighet ved Sykehuset Innlandet (tidligere Sanderud sykehus) – deltok i og bisto prosjektet i utvelgelse av kliniske kartleggingsinstrumenter. Dette var et arbeid som materialiserte seg i prosjektets første prosedyreplan⁴, som inneholdt et oppsett for når de ulike instrumenter skulle implementeres gjennom hele prosjektperioden. Videre materialiserte dette seg i form av utarbeidelsen av et konsultasjonsskjema som fikk navnet «Tøyen I». Dette beskrives nærmere i kapittel 2.

Som del av prosessevalueringen har Fafo vært deltakende observatør på en rekke av behandlingsteamets morgenmøter, inntaksmøter, personalmøter og behandlingsmøter gjennom hele prosjektperioden. 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 studietur med mer. I tillegg har Fafo levert halvårsrapporter til referansegruppen gjennom hele prosjektperioden. I kapittel 2 gir vi en nærmere beskrivelse av de ulike fasene og elementene i datainnsamlingen.

Fordi prosjektledelsen i utgangspunktet hadde tenkt seg et integrert prosjekt, var det ved oppstarten av evalueringsprosjektet ennå ikke avklart hvilken rolle Fafo skulle ha når det gjaldt innsamlingen av kliniske data. Fra evaluators side var det aldri tenkt at Fafo skulle gjennomføre kliniske pasientintervjuer. Dette ville i tilfelle krevd opp-

⁴ Hovedpoengene fra disse gjennomgangene presenteres i kapittel 6 i denne rapporten.

læring i bruken av diagnostiske intervjuer med mer, som ligger langt unna de tidsressurser evalueringoppdraget hadde til disposisjon. Det ville også gitt evaluator en utydelig rolle overfor pasientene når det gjaldt relasjon til behandlingsprosjektet. Fafo skulle i stedet intervju pasienter om deres fornøydhets og erfaringer med deltakelse i behandlingsprosjektet.

1.3 Rapportens oppbygging

Rapporten er inndelt i fire deler, med i alt ti underkapitler. Videre i del I presenteres ulike datakilder og våre utfordringer med innhenting, tilrettelegging og analyse av evalueringens data (kapittel 2), og vi setter opp et faglig og fagpolitisk bakteppe for ROP-prosjektet (kapittel 3).

Del II er delt inn i to kapitler. I kapittel 4 presenterer vi historien om oppstarten av ROP-prosjektet, deres definisjon av målgruppen for dette behandlingsprosjektet og deres konkretisering av inntakskriterier. I kapittel 5 presenterer vi sentrale kjennetegn ved pasientene som er innskrevet i ROP, som kjønn og alder, diagnose, bolig-situasjon, funksjons- og symptomnivå med mer.

Del III består av to kapitler som hver på sin måte presenterer sentrale elementer i ROP-prosjektets kompetanse og arbeidsform (kapittel 6), og ikke minst deres samhandling med omgivelsene (kapittel 7).

I del IV analyserer vi ROP-prosjektets måloppnåelse. Her ser vi på i hvilken grad den behandlingsmodellen ROP-prosjektet har utformet, passer for pasientene (kapittel 8), for omgivelsene rundt og for teamet (kapittel 9). I disse kapitlene foretar vi en oppsummering av vesentlige kjennetegn ved ROPs arbeidsform og de resultater de har oppnådd slik de selv, pasientene og samarbeidsinstanser har beskrevet det for oss. Til slutt (kapittel 10) presenterer vi Fafos vurderinger av hva ROP har lyktes med, og hvordan vi som evaluator mener teamets kompetanse og erfaringer best kan videreføres innenfor de rammebetingelser Oslo-psykiatrien og bydelene ser ut til å jobbe innenfor per i dag.

2 Metode og data

Denne evalueringen er både en prosess- og en resultatevaluering. Prosessevalueringen skal avdekke og drøfte de handlingsmuligheter prosessens aktører står overfor, og synliggjøre de målkonflikter og behov for å endre målsettinger og virkemidler som oppstår underveis i prosjektet. Denne delen av evalueringen gjøres med utgangspunkt i aktørenes subjektive opplevelse av prosessen og det samspillet som utspiller seg mellom sentrale aktører i prosjektet. Hensikten er her å utvikle erfaringsbasert kunnskap, og gjøre justeringer og vurderinger underveis basert på disse.

Når det gjelder resultatevalueringen, er det her ikke snakk om en klassisk effekt-evaluering med bruk av kontrollgrupper og lignende forskningsverktøy. ROP-prosjektets målgruppe er vanskelig å rekruttere, og man har ikke hatt ambisjoner eller muligheter til verken å designe et prosjekt med sammenlikningsgrupper eller randomisert design for disse pasientene. ROP-prosjektet har derfor valgt en «åpen design-modell», hvor Fafo gjør vurderinger basert på data om de av pasientene som tilbys/mottar behandling, og som samtykker i å delta i ROP-prosjektets forskningsdel.⁵

2.1 Datakilder og design

Evalueringens beskrivelser og analyser er foretatt på grunnlag av data innhentet gjennom samtaler, pasientintervjuer, fokusgruppeintervjuer, spørreskjema og deltakende observasjoner av teamets faglige og administrative møter gjennom hele prosjektperioden. I tillegg har vi i samarbeid med teamet innhentet anonymiserte kvantitative opplysninger om kjennetegn og egenskaper ved pasientene og deres helse- og livssituasjon. Fafo har systematisert de pasientdata teamet har innhentet som del av sitt kliniske utrednings- og kartleggingsarbeid.

Vedleggstabellene 2A og 2B bakerst i rapporten gir en oppsummert fremstilling av evalueringens datakilder i perioden 2001–2003 og 2003–2005, og hvordan og når opplysningene ble samlet inn.

⁵ Evalueringens bruk av samtykkeerklæringer fra pasientene er beskrevet i kapittel 2.2. Samtykkeerklæringen finnes bakerst i rapporten (Vedlegg 2).

Intervjuer

a) Pasientintervjuer

Kvalitative intervjuer med pasientene har vært en viktig innfallsport til å beskrive deres erfaringer med det å være tilknyttet prosjektet. Fafo har i løpet av prosjektperioden intervjuet 21 av pasientene, noen av dem flere ganger. Totalt har vi gjennomført 30 pasientintervjuer. Intervjuene har vært tematisk sentrert rundt pasientenes bakgrunn, erfaringer med behandlingsapparatet, og deres forventninger til deltakelse i behandlingsprosjektet.

Pasientintervjuene er vår hovedkilde til kunnskap om hvordan behandlingsprosjektet fungerer for *pasientene*. Dette har vært semistrukturerte intervjuer som i stor grad ble styrt av pasientenes betoning av hva som for dem var av verdi å få sagt om ROP-prosjektet. Vi har ikke brukt en streng intervjuguide, men søkt å få til intervjuer tematisk orientert rundt temaene beskrevet over. Intervjuene fant sted enten på ROP, hjemme hos informanten, på behandlingsinstitusjon, i fengsel, på kafé eller på Fafo. Dermed har vi som del av pasientintervjuene fått anledning til å besøke Avrusningsavdelingen ved Sykehuset Innlandet på Hamar, avrusningsenheten i Storgata i Oslo, Oslo Kretsfengsel, Frelsesarmeens botiltak Den Åpne Dør, rusinstitusjonen Fredheim, behandlingsinstitusjonen Manifestsenteret for dobbeltdiagnose, spedbarnssenteret Aline, Kirkens Bymisjons institusjoner Origo-senteret og Mørk Gård, Medisinsk avdeling Diakonhjemmet sykehus og avrusningsavdelingen på Blå Kors.

Vi fikk i løpet av intervjuene ofte tilbakemeldinger på at pasientene syntes det var ok å snakke med oss, og mange av dem gav uttrykk for at de syntes det var viktig at offentligheten ble meddelt hva de syntes om ROP-prosjektet og det de ansatte i prosjektet etter deres mening representerte.⁶

b) Personlige intervjuer med ansatte på prosjektet

Fafo har gjennomført tre runder med kvalitative intervjuer med de ansatte. Fokus i disse intervjuene har vært den enkelte ansattes beskrivelse av prosjektets arbeidsmetoder og behandlingsfilosofi, deres erfaringer med de interne samarbeidsforholdene i teamet, erfaringer med eksternt samarbeid, utviklingen av teamets faglige plattform og ledelse, samt den enkeltes synspunkter på utfordringer knyttet til det pasientrettede arbeidet. Mye av det som ble tematisert i disse intervjuene, er presentert som del av prosessvurderingen av ROP-prosjektet, både på ROP-teamets fagdager og årlige interne stabsseminar.

⁶ Vi vil via behandlerne i ROP-prosjektet søke å gjøre forskningsrapporten tilgjengelig for alle pasienter som i løpet av perioden 2001–2005 har snakket med oss, med håp om at det vil overbevise dem om deres bidrags viktighet i synliggjøringen av problemstillinger knyttet til deres livssituasjon.

c) Gruppeintervjuer med prosjektets ansatte

Fafo har gjennomført til sammen tre gruppeintervjuer med prosjektets ansatte. Temaer i disse intervjuene har vært teamets vurderinger av det interne tverrfaglige samarbeidet, om integreringen av rus og psykiatri har fungert etter forventningene/intensjonen, og om prosjektets arbeidsmetoder og tverrfaglige kompetanse har økt tilgjengeligheten til psykiatrien og rusmiddelbehandling for pasientene. Vi har også hatt to møter hvor tema har vært deres erfaringer med bruken og nytten av diagnostiske skjemaer og andre kartleggingsinstrumenter i prosedyreplanen.⁷

d) Telefonintervjuer med samarbeidspartnere

ROP har over fem år hatt utallige samarbeidspartnere i de kommunale helse- og sosialtjenestene, andre deler av psykiatrien, i botiltak, feltpleie, uteseksjon og andre deler av rusfeltet. Til sammen er 15 av prosjektets samarbeidspartnere intervjuet per telefon i prosjektperioden. De representanter de mest sentrale samarbeidsinstansene som sosialsentre, rusinstitusjoner, akuttpsykiatriske avdelinger, Manifest, andre DPS-er enn Tøyen, Kirkens Bymisjon, Feltpleien, Uteseksjonen samt botiltak for pasientgruppen. Intervjuene har foregått i 2003 og 2005. Tema har vært samarbeidspartners vurderinger av prosjektets måte å organisere tjenestene for pasientene på, samarbeidets sterke og svake sider, ROPs bidrag til det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet med pasientgruppen, og sentrale forutsetninger for at samarbeid på tvers av fagområder og forvaltningsnivåer skal fungere tilfredsstillende for partene.

e) Kartlegging ved hjelp av strukturerte spørreskjemaer

I tillegg til datakildene beskrevet over, har Fafo innhentet kvantitative data ved å bruke følgende spørreskjemaer:

- *Tjenestekartleggings skjemaet* er et selvutviklet skjema som ga ulik type informasjon av verdi for evalueringen av prosjektet. Spørreskjemaet ble fylt ut av behandlerne på ROP og inneholdt spørsmål om den enkelte pasients kontakt med andre deler av hjelpeapparatet, om pasienten hadde vært i fengsel før og under tiden i prosjektet, om behandlerens vurdering av pasientens behov for kontakt med andre deler av hjelpeapparatet, om hvilke behandlingsinstanser pasienten hadde hatt kontakt med siste året, og om prosjektets kontakt med pasientens nettverk/familie med mer. Behovet for et slikt skjema meldte seg da det viste seg at ROP-teamet ikke greide å utføre tilstrekkelig mange intervjuer med bruk av ASI⁸ til at Fafo fikk inn denne typen informasjon. Tjenestekartleggings skjemaet ble fylt ut av behandlingsteamet våren 2002. Data fra tjenestekartleggings skjemaet viste

⁷ Addiction Severity Index er et strukturert kartleggingsverktøy som gjennomføres som et intervju kapittel 2.3 og i kapittel 6 kommer vi nærmere inn på bruken av dette instrumentet.

seg å være av for dårlig kvalitet til at de kunne ha verdi som datakilde i evalueringen, og er derfor ikke anvendt i denne rapporten. Det ble også kun benyttet én gang, og tatt ut av prosedyreplanen da ROP-teamet i 2003 besluttet å prioritere å gjennomføre ASI-intervjuer med pasientene både ved inntak i og før utskriving fra ROP. ASI-intervjuet inneholder spørsmål om pasientenes sosiale og utdanningsmessige bakgrunn, informasjon om bosituasjon, fysisk helse, tidligere og nåværende kontakt med rusomsorg og psykiatri samt andre deler av hjelpeapparatet, involvering i straffbare forhold, samt tilknytning til arbeidsmarkedet. Brukt ved inntak og før utskriving ville dette gitt evaluator verdifull informasjon om disse sidene ved pasientens helse- og livssituasjon. Ettersom kun utvalgte spørsmål fra deler av ASI-intervjuet ble benyttet av ROP-teamet endte vi dessverre opp med utilstrekkelig informasjon om disse kjennetegnene ved pasientene.

- Dikemarks ferdighetsprofil er et strukturert intervju til registrering av pasienters funksjonsnivå. Skjema skulle etter prosedyreplanen fylles ut av ansatte i førstelinen som kjente pasientene godt, to ganger i løpet av behandlingsperioden. Skjema ble våren 2002 distribuert til en samarbeidsinstans for hver av pasientene, via behandlerne på ROP-Tøyen, og returnert direkte til evaluator. Dette viste seg å være en svært ressurskrevende prosess med lav svarprosent, og man vedtok ikke å gjennomføre en ny slik runde. Disse data har også vist seg å ikke ha bruksverdi i evalueringen, og er derfor ikke anvendt i denne evalueringen.
- Strauss Carpenter Level of Functioning Scale (Strauss Carpenter) er et skjema som registrerer pasientens grad av meningsfull beskjeftigelse, av arbeidstilknytning, sykehusinnleggelser, kontakt med venner siste år, samt symptomtrykk siste måned. Skjemaet skulle i henhold til prosedyreplanen fylles ut for alle pasienter med samtykke. For hver av disse pasientene var det meningen at skjemaet skulle fylles ut to ganger i løpet av behandlingstiden; ved innskriving og utskriving fra ROP, noe som ville gitt verdifulle data om endring over tid langs skjemaets kategorier. Behandlerne fylte ut et slikt skjema for i alt 39 pasienter våren 2002. Dette viste seg imidlertid å være en tidkrevende prosess (både for behandlerne og Fafo), at «undersøkelsen» av Fafo ble vurdert som umulig å foreta innenfor evalueringens rammer, og derfor ikke gjentatt.
- Fafo har i samarbeid med ROP-teamet konstruert et spørreskjema kalt Tøyen I, hvor behandler etter hver pasientkonsultasjon fylte ut pasientens grad av ruspåvirkning, personlige hygiene, angst og depressive symptomer og pasientens psykotiske fungering på en skala fra én til fem. I skjemaet ble det også registrert hvor konsultasjonen fant sted. Skjemaet var basert blant annet på TIPS-

prosjektets⁸ erfaringer med nytten av på en systematisk måte å registrere denne type kjennetegn ved pasienten etter hver konsultasjon. Skjemaet gir, brukt på en systematisk måte, informasjon om sammenhenger mellom funksjonsnivå og rusbruk for den enkelte pasient. Ikke alle behandlerne prøvde ut dette skjemaet. Informasjonen skjemaet gav, viste seg å ha klinisk nytte kun for enkelte behandlere i teamet, og anvendes ikke i rapporten, da det ikke gir samlet sett et brukbart datamateriale.

Utpøvingen av strukturerte kartleggingsverktøy var et sentralt element i ROP-prosjektet, både som kilde til kliniske data om pasientene, og som utpøving av adekvate og anvendelige dokumentasjons- og kartleggingsskjemaer for denne pasientgruppen. Disse beskrives nærmere i kapittel 2.4. Selv om Fafo og ROP-prosjektet har hatt ansvaret for innhenting av hver sine typer av data, så er disse to hensynene overlappende. ROP-prosjektet har testet ut mulighetsrommet for innhenting av forskningsdata om pasientene innenfor de rammebetingelser de og evaluator har hatt. I våre analyser og anbefalinger i del IV av rapporten kommer vi forøvrig inn på hvordan strukturerte kartleggingsskjema kan benyttes på en måte som sikrer bedre data om pasientgruppen og deres behandlingsforløp i denne type prosjekter.

Vi har valgt å presentere de verktøyene ROP-teamet skulle bruke i kapittel 6, mens Fafos dataverktøy presenteres her. At evaluator og ROP-prosjektet delte ansvaret for datainnsamlingen var fortrinnsvis et resultat av to hensyn og formål: For det første var en god del informasjon fortrinnsvis av klinisk nytte, og derfor behandlerne i ROPs ansvar. For det andre tilsier faglige og etiske hensyn at de diagnostiske intervjuene og noen av kartleggingsinstrumentene kun bør gjennomføres av klinikere, fordi man tematiserer vanskelige og til dels opprivende sider ved pasientens livshistorie og nåværende livssituasjon. Denne todelingen var ROPs ledelse og Fafo enige om under utarbeidelsen av prosedyreplanen som konkretiserte nettopp en slik todeling og ansvarsdeling.⁹ Et eksempel gjelder bruken av SCID I og II¹⁰, som er et systematisk intervju for diagnostisering av alvorlig psykisk lidelse og personlighetsforstyrrelser. I tillegg gir det mye nyttig informasjon for behandlerne til bruk i deres kliniske kontakt med pasientene. I evalueringen av ROP er kun selve diagnosen herfra rapportert til evaluator. Andre skjemaer i samme kategori er ASI (Addiction

⁸ TIPS-prosjektet var et prosjekt for tidlig intervensjon ved psykotiske gjennombrudd i Stavanger, og som Fafo hadde kontakt med i en tidlig fase av evalueringen.

⁹ Den sist utformede prosedyreplan for Prosjekt Rus og Psykisk lidelse på Tøyen DPS finnes som vedlegg (Vedlegg 1 Prosedyreplan 2003–2005) bak i denne rapporten.

¹⁰ SCID I og II er et omfattende og strukturert klinisk intervju til bruk for utredning og dokumentasjon av alvorlige psykiske lidelser (SCID I) (unntatt angst og depresjon) og personlighetsforstyrrelser (SCID II). For nærmere beskrivelser av intervjuet henviser vi til vedlagte prosedyreplan.

Severity Index), HSCL-25 (Hopkins Symptom Check List, versjon med 25 spørsmål), Lehmans livskvalitetsintervju og CIDI (Composite International Diagnostic Interview). ROPs erfaringer knyttet til bruken av de ulike kartleggingsverktøyene er et viktig element i den erfaringsoverføring som er en del av ROPs oppdrag.

f) Deltakende observasjon

For at endringsprosesser som følger av evalueringer, skal ha legitimitet, må evalueringen ha troverdighet. I alle ledd av evalueringen vil aktørers interesser kunne endre evalueringens fokus, metode og analyse. En ekstern evaluator vil lettere kunne oppfattes som en nøytral aktør enn en intern evaluator (Falkum 1995). Vedkommende ser tiltaket utenfra, med «nye øyne», og vil kanskje kunne peke på forhold som er skjult for en intern evaluator. På den andre side vil en ekstern evaluator ikke ha den samme kunnskap om interessekonflikter, maktkonstellasjoner og så videre, og kan derfor komme til å overse informasjon som ikke er tilgjengelig for andre enn dem som kjenner tiltaket gjennom deltakelse og fagkulturell kompetanse. I dette prosjektet er den siste problemstillingen søkt imøtekommet gjennom utstrakt bruk av deltakende observasjon som metode for innsikt i tiltakets interne liv. Vi har imidlertid ikke vært en del av det daglige livet i lokalene, og heller ikke deltatt i det kliniske arbeidet den enkelte behandler utfører sammen med sine pasienter. Dette har vært «lukkede» rom for oss, og er derfor heller ikke en del av denne evalueringens område, bortsett fra som erfaringsarena for pasientene.

Vi har i løpet av prosjektperioden deltatt på et utvalg av ROP-teamets interne aktiviteter: morgenmøter, fagdager, årlig internt fagseminar¹¹, studietur til København, personalmøter, behandlingsmøter og inntaksmøter. I tillegg har vi deltatt på noen få av teamets eksterne samarbeidsmøter, samt noen ansvarsgruppemøter hvor pasientene var til stede. Denne deltakelsen har gitt oss litt innblikk i kompleksiteten i ROP-teamets pasientrettede arbeid, eksemplifisert for oss hvordan teamet samarbeidet med andre, og gitt oss informasjon om hvordan teammedarbeiderne bruker hverandre og hverandres kompetanse. Dette har blant annet vært viktig bakgrunnsinformasjon for Fafo i utarbeidelsen av intervjuguider og analyser og som innblikk i av hva teamets arbeid rent faktisk består i.

¹¹ ROP-teamet har reist på 2-3-dagers internt fagseminar på Borge i Vestfold hvert år siden oppstart. Fafo har deltatt på alle med unntak av 2002, noen ganger på hele seminaret, andre ganger kun på utvalgte deler.

2.2 Forhold som påvirket oppstarten av evalueringen

ROP-Tøyen har prøvd å tilpasse elementer fra en amerikansk behandlingsmodell, og som opprinnelig hadde integrert behandling og forskning. New Hampshire-prosjektet ble igangsatt av Psychiatric Research Center i 1988 (og pågår stadig) og ble evaluert fortløpende ved at det foregikk en kontinuerlig prosess- og resultat-evaluering, utført av klinikere og forskere ansatt der. Som et forskningsbasert pilot-prosjekt ble New-Hampshire-prosjektets teamintervensjoner stadig evaluert, og om de ikke ga resultater som forventet, førte de til kursendringer. Slik hadde man i utgangspunktet også tenkt seg det på ROP-Tøyen. Man hadde satt av midler til ansettelse av forsker i 50 prosent stilling, men dette slo man i løpet av høsten 2000 fra seg, både fordi man ikke greide å rekruttere en medisiner til stillingen, og fordi man etter hvert vurderte at en slik modell ville føre til uklare roller for evaluator. Evalueringens budsjett tillot ikke opplæring av ekstern forsker i bruk av de ulike diagnostiske intervjuer og andre kliniske kartleggingsinstrumenter, som ofte krever spesiell autorisasjon for å brukes. Også av fagetiske grunner ble det besluttet at Fafo og ROP-teamet skulle dele ansvaret for innhenting av data mellom seg, og stå for ulike deler av denne.

Fordi ROP-prosjektet har vært et modellutviklingsprosjekt, og fordi utgangspunktet var å ha en (klinisk) forsker tilknyttet teamet, hadde ikke prosjektledelsen bestemt hvilke instrumenter som skulle brukes til dokumentasjon av ulike kjennetegn ved pasientene. De hadde bare listet opp en rekke alternativer. I forkant og under oppstarten av ROP-prosjektet ble derfor en rekke diagnostiske og andre kartleggingsinstrumenter vurdert av prosjektets ledelse i samarbeid med Fafo og Østnorsk kompetansesenter for rus.¹² Hensikten var å prøve ut hvilke av disse som i løpet av ROP-prosjektets utprøving ville vise seg relevante og anvendbare for ROP-prosjektets pasienter og for teamets behov og kompetanse.

Evaluator og psykologspesialist fra ROP brukte en god del tid i oppstarten av prosjektet på samtaler med og vurderinger av andre klinikers og projekters erfaringer med bruken av noen av de aktuelle kartleggingsinstrumentene. Dette

¹² Som del av Tøyen DPS var ROP-prosjektet forpliktet til å bruke Minste Basis Data Sett; som er et standardisert skjema til utfylling av pasientopplysninger ved inntak og utskrivning fra behandlings tiltak i spesialisthelsetjenesten, og GAF (Global Assessment of Functioning scale) ved inn- og utskrivning av prosjektet. Konkret ble følgende instrumenter vurdert brukt som kliniske verktøy av ROP-teamet: CIDI; som er et databasert klinisk diagnostisk intervju. SCID I og SCID II; som også er et strukturert klinisk intervju for diagnostisering av henholdsvis alvorlige psykisk lidelser og personlighetsforstyrrelser. Lehmanns livskvalitetsintervju, som er et kvalitativt intervju. ASI (Addiction Severity Index) (beskrevet over), hvor spesielt rusdelen ble vurdert som sentral for ROP-prosjektet. HSCL-90 som er et selvutfyllingsskjema for kartlegging av symptomdiagnostikk og psykiske plager.

arbeidet ble sammenfattet i en prosedyreplan, hvor man presenterte de ulike kilder for data, hvem som skulle innhente de ulike typer av data, og når de ulike datakildene skulle brukes. Denne prosedyreplanen dannet grunnlag for den første søknaden om godkjenning som ble oversendt Regional komité for medisinsk forskningsetikk i februar 2001. Etter råd fra komiteens sekretær samt etter rådslag med Norges samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) i Bergen, foretok Fafo en revidering og forenkling av denne prosedyreplanen slik at den ble i overensstemmelse med forsknings-etiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, og i samsvar med retningslinjer for bruk av informert samtykke (se vedlagte Prosedyreplan for innhenting av data samt skjema for pasientenes samtykke).

At innsamlingen av data skulle foregå som et samarbeid mellom Fafo og ROP-Tøyen, førte også til at man ved oppstart, men også gjennom hele prosjektperioden, har brukt mye tid på å finne gode nok måter å samle inn og overlevere systematisert og anonymisert informasjon på. Komplexiteten i dette, men også fordi ROP-prosjektet forsøksvis skulle prøve ut hvilke instrumenter som egnet seg, illustreres gjennom at det i løpet av de to første årene ble utarbeidet i alt fire prosedyreplaner.

For å forbedre datainnsamlingen med hensyn til kvalitet og ressursbruk prøvde ROP og Fafo fra 2003 å gjennomføre et tydeligere skille mellom den kvantitative og kvalitative datainnsamlingen. I tillegg ble ROP-prosjektets ledelse tildelt et eksplisitt ansvar for deler av datainnsamlingen, samt for at administrative og kliniske data ble bearbeidet og oversendt evaluator i overensstemmelse med prosjektplanens tidsplan.

Videre har det vist seg at nødvendig ressursbruk fra evaluators side til datainnsamling til dels også førte til mismatch mellom hva teamet forventet seg av oppmerksomhet med hensyn til tilbakemeldinger underveis og evaluators tilstedeværelse i lokalene på Tøyen, og den oppmerksomheten evaluator i praksis hadde ressurser til. Dette skyldtes delvis at Fafo prioriterte å samle inn også data vi i de første to årene ikke hadde ressurser til å analysere, i påvente av ekstra midler. Til sammen og hver for seg har det altså vært flere forhold som forsinket etableringen av gode datainnsamlingsrutiner.

Innhenting av pasientsamtykke

Som ledd i datainnsamlingen ble det planlagt at forsker skulle få tilgang til de opplysninger behandlingsteamet (som ledd i diagnostisering og behandling) samlet inn om den enkelte pasient. Fordi Tøyen-prosjektet ble evaluert av et eksternt forskningsinstitutt og ikke av interne klinikere, ble det stilt andre krav for at informasjon om pasientene skulle kunne brukes av evalueringens forskere.

Forutsetningen for at evaluator skulle få tilgang til data om enkeltpasienter, var pasientenes informerte samtykke, og at de ble gjort oppmerksom på at deltakelse i

forskningsdelen av ROP ikke var en forutsetning for at de skulle motta behandling i ROP. I behandlingsprosjektet i New Hampshire var et slikt samtykke en forutsetning for at pasientene skulle få delta i behandlingsprosjektet, men dette er et krav som ikke aksepteres i henhold til norske retningslinjer.

I en skriftlig samtykkeerklæring kunne ROPs pasienter si ja til at Fafo kunne ta kontakt med dem, og til at andre individuelle opplysninger om dem kunne innhentes fra ROP-teamet og fra samarbeidsinstansene. Samtykkeskjemaet er lagt som vedlegg til denne rapporten (Vedlegg 2). Som det fremgår av vedleggstabell 2C, skrev 65 prosent av pasientene under på et slikt samtykke i ROP-prosjektets første to år. Totalt var det 62 prosent av pasientene som samtykket i å delta i ROP-prosjektets forskningsdel i løpet av den femårige prosjektperioden.

Det lå videre i prosedyrene for kontakt mellom evaluator og pasient at førstehåndskontakt med pasientene ble tatt av kliniker, og at Fafo først fikk kontakt etter at kliniker vurderte det tilrådelig å spørre pasienten om han eller hun ville la seg intervjuet av oss. Når de var klare for dette, gjorde Fafo intervjuavtalene enten indirekte gjennom behandler eller gjennom direkte kontakt med pasienten på telefon.

2.3 Metodiske utfordringer

Det er knyttet visse usikkerhetsmomenter rundt kvaliteten på deler av datamaterialet. Vi har over beskrevet at vår kontakt med pasientene har vært i form av kvalitative intervjuer med et utvalg av de av pasientene som har samtykket til å delta i forskningsdelen av ROP-prosjektet. Vi har også påpekt at vi av faglige og etiske grunner, ikke selv har kunnet innhente kliniske data fra pasientene.

Systematisk kartlegging og forskningsoppfølging, og utprøving av diagnostiske kartleggingsinstrumenter ville ROP i utgangspunktet overlate til en ansatt medisinert/kliniker. En kliniker med forskerkompetanse ville selv kunne gjennomføre de diagnostiske intervjuene, kunne gjennomført ASI-intervjuer og på den måten ha kontroll med innhenting av data på en helt annen måte enn Fafo kunne. Slik ledelsen på ROP valgte å organisere bruken av de ulike kartleggingsinstrumentene, var det til dels opp til den enkelte behandler om, når og hvordan han eller hun skulle bruke de ulike kartleggingsskjemaer. Systematikk er som kjent en nødvendig egenskap ved forskningsbasert kunnskap. Fafo og ROP-prosjektets ledelse har i løpet av prosjektperioden revidert den opprinnelige prosedyreplanen (det vil si planen for bruken av disse instrumentene) fire ganger. Fafo har deltatt og til dels vært pådriver i forsøket på å implementere ASI, HSCL, Strauss Carpenter med mer. Unntak fra dette er bruken av SCID I og II, hvor de tre psykologene i teamet hadde gjennomført kurs i bruken av instrumentet tidligere, og var dermed autoriserte til å gjennomføre intervjuene. Disse tre gjennomførte hver for seg eller sammen hele eller deler av SCID intervjuet med omlag 30 av prosjektets i alt 116 pasienter. Når det gjelder ASI, var

det to av de ansatte som var sertifiserte til å bruke dette intervjuet. Det ble bestemt at disse skulle stå for en intern opplæring av de andre i bruken av dette. ROP-teamet iverksatte imidlertid ikke systematiske tiltak som kan sies å ha sikret reliabiliteten¹³ ved bruken av ASI. Det samme gjelder bruken av GAF¹⁴. Slike tiltak ville kunne sikret at intervjuerne/behandlerne anvendte skjemaer og skalaer på lik måte.

For å illustrere dette problemet kan vi bruke teamets utprøving av relevansen av og anvendbarheten av ASI-intervjuet. I henhold til gjeldende avtale mellom behandlingsprosjektet og evalueringsprosjektet skulle behandlerne gjennomføre ASI-intervjuer med alle pasientene så raskt som mulig etter innskriving i ROP. I prosjektet visste man at dette ville være utfordrende for mange av pasientene, men en av intensjonene med intervjuet var nettopp å teste ut dets anvendbarhet overfor pasientgruppen, det vil si å dokumentere om og i tilfelle hvor mange av ROPs pasienter som empirisk viste seg i stand til å gjennomføre et slikt intervju, og hvor mange av dem behandlerne mente det var forsvarlig å gjennomføre et slikt intervju med. Utprøvingen av ASI på ROP-Tøyen viser at i underkant av halvparten av pasientene ikke har gjennomført intervjuet, enten fordi ROP-teamet vurderer dette som umulig/uansvarlig, at de ikke har funnet passende anledninger til å gjennomføre intervjuet, eller at pasientene har reservert seg. På den andre siden er det mer enn halvparten av pasientene (64) som har fått muligheten og greid å gjennomføre hele eller deler av intervjuet. Det er ikke desto mindre grunn til å anta at de pasienter som har gjennomført ASI, er de «friskeste» av ROP-pasientene.

Brukt som planlagt ville ASI-intervjuet blant annet gitt opplysninger om hvilke rusmidler pasientene brukte, innblikk i pasientenes rushistorie og tidligere behandlingsopphold i henholdsvis rusomsorg og psykisk helsevern, debutalder på de ulike rusmidlene og overdoser. Alt dette er relevant informasjon både for å beskrive sentrale kjennetegn ved den pasientgruppen ROP-prosjektet behandlet, og som utgangspunkt for klinisk arbeid.

Teamledelsen overlot ansvaret for utfylling av ASI til den enkelte behandler, en utfordring behandlerne etter våre observasjoner forholdt seg til på ulike måter. Noen hadde deler av ASI-skjema liggende i vesken i flere uker, i påvente av og i tilfelle det skulle by seg en anledning til å gjennomgå noen av spørsmålene i skjemaet med pasienten. Andre greide å gjennomføre deler av intervjuet forholdsvis uproblematisk

¹³ I statistikken er reliabilitet et uttrykk for hvorvidt man måler det man ønsker/prøver å måle (treffsikkerhet). Å måle på en usystematisk måte gir lite reliable data, fordi måten man måler på er til dels tilfeldig, og dermed gir data som (potensielt) inneholder systematiske skjevheter. For eksempel vil man ved bruk av GAF-skårer risikere at noen behandlere konsekvent skårer sine pasienter høyere eller konsekvent lavere enn hva andre behandlere gjør, og dermed endres gjennomsnittsskårene.

¹⁴ Global Assessment of Functioning Scale. Bruken av GAF-skårer i evalueringen som mål på pasientenes funksjons- og symptomnivå ved inn- og utskriving i ROP er valgt beskrevet der hvor GAF benyttes analysemessig første gang: I kapittel 5.4.

med noen pasienter, mens de med andre ikke forsøkte. ROP-teamet og Fafo var enige om at ASI-intervjuet helst skulle prøves ut henholdsvis rett etter at pasienten var skrevet inn i prosjektet, og like før utskriving. Slik ROP-prosjektet valgte å prøve ut dette, sitter vi dessverre med utilstrekkelig informasjon om hvilke vurderinger som lå bak avgjørelsene om når ASI ble benyttet og ikke benyttet. ROP-behandlerne tok i mange tilfeller beslutningen om dette på egen hånd og på vegne av sine pasienter. Det er viktig å understreke at den enkelte behandler mener seg å ha prøvd å benytte ASI så langt han eller hun mente det var forsvarlig og rimelig.

Problemet for evaluator er at når de ikke kunne samle inn data systematisk, burde det ha systematisk blitt registrert hvorfor datainnsamlingen ikke kunne gjennomføres. Dette ble dessverre ikke gjort. Når ROP-teamet ikke systematisk dokumenterte begrunnelsene for hvorfor skjemaene ikke ble benyttet, har ikke evaluator grunnlag for å trekke konklusjoner om eventuell nytteverdien av blant annet ASI for andre tiltak som skal jobbe med denne pasientgruppen. Det hadde blant annet vært interessant å vite hvorfor noen pasienter reserverte seg.

3 Bakteppe

I dette kapitlet søker vi å beskrive noen av de sentrale rammebetingelsene ROP-prosjektet handlet innenfor. Det har skjedd mange og store endringer i psykisk helsevern i løpet av prosjektperioden. På grunn av endringenes tidspunkt og omfang har vi ikke funnet det mulig å integrere endringenes konsekvenser underveis gjennom evalueringsrapportens ulike kapitler. Derfor søker vi å si noe om de viktigste rammebetingelsene for ROP og endringer i disse gjennom prosjektperioden her i et innledende kapittel. Vi vil imidlertid først komme inn på den helsemessige situasjonen til pasientgruppen med kombinasjon av rusavhengighet og psykiske helseproblemer.

3.1 Kunnskapsstatus om pasientgruppen

I perioden 1998–1999 foretok Statens helsetilsyn en kartlegging av personer med samtidig psykisk lidelse og omfattende misbruk av rusmidler (Statens helsetilsyn 2000). Denne utredningen var en direkte følge av de anbefalinger som ble gitt i Stortingsmeldingen Åpenhet og helhet (St.meld. nr. 25 (1996–97)). Der ble det foreslått å kartlegge «dobbeltdiagnosegruppens» størrelse i forkant av at man skulle utvikle og opprette egne polikliniske og institusjonsbaserte behandlingstiltak for denne pasientgruppen.

Rapporten fra Statens helsetilsyn presenterer resultatene av en kartlegging av omfanget av problemet, og den gjennomgår ulike sider av problemene med pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusmisbruk. Her konkluderes det med at cirka 4000 alkohol/stoffmisbrukere har psykiske lidelser av en så alvorlig karakter at de har behov for særskilte behandlingstiltak for sine psykiske problemer utover de behandlingstiltak som fantes på kartleggingstidspunktet. Kartleggingen fant en kjønnsfordeling på to tredeler menn og en tredel kvinner. Gjennomsnittsalderen var 31 år.

Pasientgruppen blir i utredningen inndelt i to større grupper med utgangspunkt i hvorvidt pasientene har lidelser hvor utagering utgjør et hovedelement i atferden eller ikke. Denne inndelingen har i etterkant blitt et referansepunkt i den nasjonale

debatten. De ikke-utagerende omtales som de «sårbare» og inkluderer pasienter med psykoser, alvorlige depresjoner, angstlidelser, spiseforstyrrelser og enkelte personlighetsforstyrrelser. Til de utagerende regnes i hovedsak de med dyssosiale og emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser. Pasienter med disse personlighetsforstyrrelsene utgjør en stor andel, spesielt av de tyngre stoffmisbrukerne. I tillegg regnes en liten tredje gruppe med alvorlig kognitiv svikt. Totalt kartla utredningen at det var om lag 2200 personer i den første gruppen, 1300 i gruppe to og rundt 320 i gruppe tre. Den siste gruppen er de pasienter som vurderes å ha behov for særskilte behandlingstiltak i psykiatrien utover det som fantes i 1999.

«Overfor personer med de særlige alvorlige psykiske lidelsene må ett og samme behandlingsmiljø kunne møte både de rusrelaterte og psykologiske problemene.» (Statens helsetilsyn 2000:10:4).

3.2 Et internasjonalt perspektiv

Deinstitusjonaliseringen av psykisk helsevern har i Norge, som i alle andre vestlige land, de siste tiårene ført til en betydelig reduksjon i antall senger i psykiatrien. Som ledd i denne utviklingen har kommunene fått et økt ansvar for behandlingstilbud, og for å etablere akseptable bo- og omsorgstiltak for mennesker som tradisjonelt har vært bosatt på døgningstusjon. I varierende grad er denne utviklingen parallell i Nord-Amerika og de fleste land i Europa. Utviklingen innebærer at mennesker med alvorlige psykiske lidelser i stor grad bor og lever ute blant «de friske», de er ikke lenger bosatte på institusjon. Som et resultat av avinstitusjonalisering og andre risikofaktorer som fattigdom, lav utdanning, dårlige sosiale kår, mangel på valgfrihet og muligheter, boligmessig konsentrasjon av rusavhengige i belastede nabolag og så videre, opplever denne pasientgruppen stor eksponering mot psykoaktive stoffer og sosialt press for å bruke dem (se bl.a. Drake et al.,1998). Dette har stilt ikke bare psykisk helsevern, men ikke minst sosialtjeneste og primærhelsetjeneste overfor store og nye utfordringer.

Fra begynnelsen av 1990-tallet begynte det å komme internasjonale studier som viste at mennesker som både lider av alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk, har store tilleggsp problemer sammenliknet med personer med kun et rusmiddelmisbruk (bl.a. Mueser et al., 1992, Dixon et al., 1995, Drake et al 1995). Den vesentligste forskjellen synes å være at personer med alvorlig psykisk lidelse har forhøyet sensitivitet for effekter av psykoaktive stoffer (Mueser et al., 1998, Vaillant

1995). I tillegg viser forskning at personer med alvorlig psykisk lidelse gjennom de livene de lever også er mer eksponert for de samme stoffene (Drake et al., 1998).

I USA og mange andre land, inkludert Norge, har psykiatri og rusbehandling vært atskilte behandlingsmiljøer og institusjoner. Ofte førte dette til at pasienter ble ekskludert fra begge tjenestesystemene grunnet sin komorbide lidelse, fordi de ikke passet inn eller behandlingsmiljøet ikke hadde den nødvendige kompetanse og ressurser. Tidlige gjennomganger av dobbeltdiagnosebehandlingen (for eksempel Mueser et al., 1992) identifiserte to fundamentale problemer: For det første fikk de fleste dobbeltdiagnosepasientene ingen rusmisbruksrelatert behandling, først og fremst grunnet problemer i de tilgjengelige tjenestene, dernest var den behandlingen de eventuelt fikk, ikke tilpasset de særbehov personer med komorbide psykiske lidelser har vist seg å ha. Dårlig tilgjengelighet og inadekvat behandling ble tilskrevet den historiske splittelsen mellom psykiatri (mental helse) og rusmisbruksbehandling (Drake et al 1995). På slutten av 1980-tallet hadde flere gjennomganger dokumentert slike problemer i de tradisjonelle behandlingssystemene og etterlyst opprettelsen av alternative og integrerte programmer som kombinerte psykiatriske og rusfaglige behandlingstilbud. Dermed har nye modeller med et primært mål om å integrere tjenester vokst og utviklet seg siden midten av 1980-årene i USA (se referanser gjengitt i Mueser et al 2003).

Kjernen i integrert behandling er at de samme klinikerne/behandlere arbeider i behandlingsteam, i en felles setting, om å tilby koordinerte psykiatriske tjenester og rusmisbrukstjenester. Klinikerne tar ansvaret for at kombinasjonen av intervensjoner er relevante for eksisterende komorbiditet. De integrerte tilbudene gjøres mulig gjennom at teamene er tverrfaglig sammensatt. For klientene innebærer dette blant annet at de forholder seg til ett behandlingsmiljø med ett sett av regler, noe som gjør at forhandlinger med ulike systemer, behandlere og stønadsgivere ikke er nødvendig.

I Sverige ble det i 1996 satt i gang ti forsøksprosjekt for alvorlig syke rusmisbrukere for å prøve ut en svensk tilpasning av flere av de integrerte modellene man hadde praktisert i USA (Evjen, Øiern og Kielland 2003). Et av siktemålene med disse forsøksprosjektene var å forsterke samarbeidet mellom rusbehandling og psykisk helsevern. Tre av prosjektene (Skellefteå, Malmö og Jönköping) var utprøving av integrerte behandlingsteam. Resultatene fra disse ble publisert i 1999, og evalueringen viste at deltakernes problemtyngde og hjelpebehov var redusert og at livskvaliteten hadde økt, samt at brukerne uttrykte at de var mer fornøyd med dette tiltaket enn de tradisjonelle behandlingstiltakene de hadde deltatt i (se Evjen, Øiern og Kielland 2003:111). Alternative boligløsninger og samarbeid med psykiatrien ble oppsummert som prosjektenes største utfordringer.

3.3 Noen nasjonale perspektiver og rammer

Status i det norske fagfeltet forut for oppstarten av ROP-Tøyen var at det var lite dokumentert kunnskap og kompetanse når det gjaldt utprøving av ulike slike integrerte tiltak og modeller for behandling av denne målgruppen her i Norge.

Utover på 1990-tallet ble det i Norge en økende interesse for samspillet mellom psykiske lidelser og rusmisbruk. Kartleggingsundersøkelser viste betydelig overhyppighet av psykiske lidelser blant rusmisbrukere, og man ble også i økende grad oppmerksom på rusmisbruk blant ulike grupper av psykiatriske pasienter (Ravndal og Vaglum 1995, Gråwe, Pedersen og Widen 1997).

Epidemiologiske undersøkelser viste at menneskene det her er snakk om, også har store levekårsproblemer med sammensatte sosiale problemer som følge. De mestrer ikke egen økonomi, de har vanskeligheter med å skaffe og beholde bolig og de er massivt sosialt utstøtt. Studier viste blant annet en overhyppighet av psykiske lidelser og rusproblemer blant bostedsløse, spesielt i storbyene (Ulfrstad 1997). I tillegg har norske studier problematisert behandlingssystemets evne til å møte disse pasientenes behandlingsbehov (Statens helsetilsyn 2000, Landheim, Bakken og Vaglum 2002).

Flere norske plandokumenter satte i siste halvdel av 1990-tallet søkelyset på tjenestetilbudet for mennesker som både har et rusmisbruk og en psykisk lidelse. I Stortingsmelding 69 (1991–92) pekes det på at rusmisbrukere med psykiske lidelser representerer et omfattende og vanskelig problem for det ordinære tjenesteapparatet. Denne meldingen la det politiske grunnlaget for legemiddelassistert rehabilitering som et landsomfattende tilbud. I Stortingsmelding 25 (1996–97) blir rusmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser utpekt som en av de største utfordringene i dagens psykiatri. Det blir her hevdet at personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddel-misbruk ofte faller mellom to stoler ved at rusmiddelomsorgen har problemer med å takle personer med psykiske lidelser, og psykiatrien ofte avviser personer med rusproblemer. Stortingsmeldingen gir videre en oversikt over status for tjenestene og utfordringene på feltet. Problemene med tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser blir i meldingen beskrevet å være at de ulike tjeneste ikke henger godt nok sammen, og at det forekommer svikt i alle ledd. Dette blir spesielt ille for dem som har alvorlige og sammensatte lidelser. Stortingsmelding 25 tar til orde for at personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmisbruk må prioriteres med egne behandlingstiltak både i institusjon og poliklinisk.

En mer forpliktende plan ble etterlyst, og i 1998 ble Opptrappingsplanen for psykisk helse vedtatt.¹⁵ Opptrappingsplanen er en forpliktende økonomisk hand-

¹⁵ St.prp. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse (1999–2006). Planen har senere blitt utvidet til 2008.

lingsplan med konkrete tiltak for å utbedre de manglene som ble beskrevet i Stortingsmelding 25. Opptrappingsplanen foreslo blant annet at det ble opprettet fem regionale institusjonstilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer, samt to akademiske stillinger innen dette feltet.

Statens helsetilsyn utredet i 1999 personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelmisbruk (Sttens helsetilsyn 2000). Utredningen var ute til høring, og Statens helsetilsyn utarbeidet på bakgrunn av disse følgende anbefalinger til Helse- og sosialdepartementet:

- Alle DPS bør ha kompetanse på behandling av målgruppen
- Alle fylker bør ha tilbud om døgnopphold på sentralsykehusnivå for den målgruppen
- Alle fylker bør ha oppsøkende team som kan oppsøke og følge pasientene hjemme ved behov og gi konsultasjon/veiledning til kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester for øvrig

I 1999 vedtok Stortinget fire nye lover som regulerer ulike sider ved helsetjenesten og dens organisatoriske forutsetninger og virkemåte: psykisk helsevernlov, pasientrettighetslov, helsepersonellov og lov om spesialisthelsetjenester.

Skadereduserende tiltak

Overfor tunge rusmiddelmisbrukere er det etablert en rekke skadereduserende tilbud hvor fortsatt bruk av narkotika i større eller mindre grad aksepteres. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for tungt belastede heroinmisbrukere har vært tilgjengelig på nasjonalt plan siden 1998. Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for ansvarsforhold og organisering av legemiddelassistert rehabilitering på regionalt og lokalt nivå. Systemet er forankret i spesialiserte regionale sentre, men den kommunale helse- og sosialtjenesten er ansvarlig for oppfølgingen (SIRUS 2002:9). Man har støtt på praktiske problemer når det gjelder den nødvendige deltakelsen av allmennpraktiserende leger og de kommunale sosialtjenestene, noe som innebærer at det særlig i Oslo har vært vanskelig å frigjøre ressurser til å ta nye søkere inn til behandling. Stortinget vedtok 1. juli 2001 en revidert modell som tydeligere integrerer LAR i den ordinære kommunale helse- og sosialtjenesten, for å øke systemets kapasitet (op.cit.).

Narkotikapolitikken og kontrollen med narkotika har endret seg i mange land de siste ti årene. Mens det tidligere var en nesten total enighet om «Cities against drugs»-linjen, er det nå flere som slutter seg til Frankfurt-resolusjonen fra 1990 (Frantzen 2001). Grovt forenklet kan man si at den første linjen representerer nulltoleranse og målsettinger om et narkotikafritt samfunn, mens den andre anser at

det viktigste er å redusere skadene både for den enkelte og samfunnet. Guri Ingebrigtsen, daværende sosialminister, sa i 2001: «Målene ligger fast. Norsk narkotikapolitikk skal fortsatt ha et rusfritt samfunn som mål.» I Norge føres det en stadig faglig og politisk debatt om dette: Skal man sette inn skadereduserende tiltak som sprøytebusser, sprøyterom, LAR-behandling med mer, eller skal man føre en avskrekkingsspolitikk?

Inntil nye retningslinjer for tildeling av metadon foreligger, gjelder følgende nasjonale inntaksbestemmelsene:

Klienten skal

- ha fylt 25 år
- ha langvarig narkotikamisbrukskarriere. Misbruket skal på søketidspunktet og over flere år ha vært klart opiatdominert
- i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med sikte på rusfrihet.

For å få tilbud om legemiddellassertert rehabilitering skal det foreligge en søknad om inntak fra den kommunale sosialtjenesten og vurdering fra fylkeskommunen. Vedlagt søknaden skal det følge tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg. LAR-behandlingen gjennomføres med utgangspunkt i et relativt strengt kontrollregime. Mange brukere greier ikke dette, eller vil det ikke. Mange som har mislyktes innen LAR-systemet, søker seg, som vi kommer inn på seinere i rapporten, til ROP-Tøyen.

Rusreformen(e)

Med sykehusreformen i 2002 overtok staten ansvaret for de behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere som var regulert av spesialisthelsetjenesteloven (Rusreform I). 1. januar 2004 overtok staten ved de regionale helseforetakene ansvaret for den tidligere fylkeskommunale behandling av rusmiddelmisbrukere (Rusreform II). Nytt med rusreformen er at både sosialtjenesten og helsetjenesten kan henvise til rusbehandling, og rusklienter er gitt pasientstatus. Kommunene har ansvar for tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven og staten, ved de regionale helseforetakene, for tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven. Selv om kommunenes ansvar ikke er endret, innebærer reformen at kommunene ikke lenger betaler egenandeler når de har pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer. Som følge av reformen har staten overtatt ansvaret for 74 tidligere fylkeskommunale/private behandlingstiltak, samt overført ansvaret for legemiddellassertert rehabilitering (LAR) til de regionale helseforetakene.

Totalt gir dette de regionale helseforetakene kontrollen med akutt- og avrusnings tiltak, polikliniske tiltak samt døgnbaserte tiltak, og innebærer at behandlingen av

rusmisbrukere inngår som en del av spesialisthelsetjenesten på linje med somatikk og psykiatri. Den er gitt betegnelsen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddel-misbrukere (Omholt mfl. 2004). Dermed gjelder samme regler for denne gruppen pasienter som for pasienter i spesialisthelsetjenesten for øvrig. En målsetting er at behandlingen av rusmiddel-misbrukere i større grad enn tidligere skal fokusere på det totale hjelpebehovet hos den enkelte, og det overordnede mål er at rusmiddel-misbrukere med sammensatte problemer skal få bedre tjenester og at behandlings-resultatene skal bli bedre.

Henvisningspraksis til behandling for rusmiddel-misbruk er endret som følge av reformen. Mens henvisning tidligere måtte gå gjennom sosialtjenesten, kan også leger nå henvise til slik behandling. Intensjonen er å gjøre det enklere for ulike grupper av rusmiddel-misbrukere å komme i kontakt med behandlingsapparatet.

Ved at behandling for rusmiddel-misbruk nå er en spesialisthelsetjeneste, omfattes pasientene av pasientrettighetsloven. Denne gir blant annet rett til fritt sykehusvalg, det vil si fritt valg av behandlingssted, om enn ikke behandlingsnivå. Valgfriheten gjelder både hvem som skal foreta vurdering av behandlingsbehov og videre valg av eventuelle behandlingstiltak.

Fra og med 2005 ble det i statsbudsjettet foreslått at finansieringen av polikliniske tjenester ved rusbehandlingstiltak tilpasses den ordningen som er i psykiatrien. Samtidig endres de polikliniske refusjonene for psykisk helsevern slik at satsen blir mer avhengig av den utførte tjenesten. Dette betyr at poliklinisk behandling også i rus-behandling blir refusjonsberettiget (St.prp. nr. 1, 2004–2005, s. 25), noe som blant annet medfører at pasienter som er i poliklinisk behandling for rusmiddel-misbruk (som i ROP), pålegges å betale egenandel.

Alle pasienter med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester har krav på individuell plan (IP). Alle tjenesteytere i kontakt med pasienten har plikt til å informere om rettigheter og begynne arbeidet med planen. Dette er nå hjemlet både i kommunehelsetjenestelovens §6–2, sosialtjenestelovens §4–3a, spesialist-helsetjenestelovens § 2–5 og lov om psykisk helseverns § 4–1. Det nye med rus-reformen er at denne retten også er nedfelt i lov om sosiale tjenester (Ot.prp. nr. 54, 2002–2003, s. 61).

3.4 Noen lokale rammebetingelser

Rusreformen legger ingen føringer på hvordan de regionale helseforetakene skal organisere det ansvaret de overtok fra fylkeskommunene (Ot.prp. nr. 3, 2002–2003, s. 17). I Helse Øst har man med ett unntak valgt å organisere rusbeholdingsinsti-tusjonene i helseforetakene etter geografisk tilknytning. Med henvisning til at mange

pasienter både har somatiske og psykiske problemer i tillegg til et rusmiddelproblem, og et ønske om å fremme samhandling på tvers av fagfeltene, valgte Helse Øst like opptaksområder for rus, psykiatri og somatikk (Omholt mfl. 2004).

Sykehusreformen av 1. januar 2002 delte landet inn i fem helseregioner, hvor Oslo er en del av Helse Øst Regionale Helse Foretak. Staten overtok sykehusene fra samme dato. Helse Øst vedtok nye opptaksområder for helseforetakene i regionen fra 1. april 2004, et vedtak som også omhandler psykiatri. De nye opptaksområdene er tilpasset de nye bydelsgrensene, det vil si at Oslos i alt 15 bydeler er fordelt på fire sykehus. I Oslo er det fire (lokale) helseforetak, Ullevål universitetssykehus HF (dekker Bydel Nordre Aker, og bydelene Nordstrand, Sagene, Søndre Nordstrand og Østensjø), Lovisenberg Diakonale Sykehus HF (dekker sentrum, Bydel Gamle Oslo, Bydel Grünerløkka og Bydel St. Hanshaugen), Aker universitetssykehus HF (dekker bydelene Alna, Bjerke, Grorud og Stovner) og Diakonhjemmet sykehus (dekker Bydel Frogner, Bydel Ullern og Bydel Vestre Aker).

Bydelene har ansvaret for mange av de kommunale tjenestene som ligger i nærmiljøet, deriblant psykisk helsevern. Bydelene har også oppgaver innen tilbud til psykisk utviklingshemmede, bo- og behandlingstilbud for rusmisbrukere og for integrering av flyktninger og innvandrere.

Rusmisbruk

I siste halvdel av 1990-tallet ble det rapportert en markant økning i andelen unge som rapporterer at de har brukt cannabis og amfetamin, og surveyundersøkelser av voksenbefolkningen viste at en økende andel av befolkningen i aldersgruppen over 20 år oppgav at de hadde brukt cannabis (SIRUS 2002). Tungt misbruk og avhengighet av amfetamin og heroin har tradisjonelt hatt sammenheng med sosiale og personlige problemer. Når det gjelder den problematiske rusmiddelbruken, hadde antall sprøytemisbrukere økt fra 4–5000 til 8–9000 i perioden 1989 til 1999 (Bretteville-Jensen og Ødegard 2000). I perioden etter at ROP-Tøyen startet opp, har denne økningen fortsatt, og ble beregnet til mellom 10 500 og 14 000 personer i 2001, noe som innebærer nesten en fordobling de siste ti årene. Dette førte blant annet til at innsøkningen til legemiddelassistert rehabilitering ble langt større enn det man hadde antatt på forhånd (SIRUS 2002).

Statistikken viser en klar økning av narkotikarelatert kriminalitet, med en nær femdobling av anmeldte brudd på legemiddeloven i perioden 1991 til 2001.

Ifølge SIRUS' data er heroin det klart dominerende stoffet ved injeksjon, og undersøkelser blant brukere av Sprøytebussen i Oslo kan tyde på at det i tillegg til å ha foregått en økning i antall heroinmisbrukere, også har foregått en økning av mengdedoseringen per injeksjon, som viser seg ved at det gjennomsnittlige heroinforbruket per dag har gått opp siden 1993 (SIRUS 2002). Det vil være interessant

etter hvert å se om økningen av antall metadonbrukere vil føre til redusert etterspørsel etter heroin.

I 1999 gjorde SIRUS et anslag på følgende aldersfordeling blant sprøytemisbrukerne i Oslo: 10 prosent av dem er under 21 år, 45 prosent er mellom 21 og 30 år og 45 prosent er 31 år og eldre (Bretteville-Jensen mfl. 2001). Kvinneandelen blant disse er anslått til å utgjøre en tredel. De fleste sprøytemisbrukerne altså er menn. Kvinnelige sprøytemisbrukere rapporterer imidlertid å bruke 22 prosent mer heroin enn menn, de oppgir å ha flere «sprøytedager» per måned, de setter flere injeksjoner per «brukerdag» og injiserer større doser per «skudd» (op.cit.). Andre studier viser at kvinnene bruker mer benzodiazepiner enn menn, men mindre alkohol og cannabis enn mannlige sprøytemisbrukere (SIRUS 2002). I 1999 beregnet SIRUS at 10 prosent av sprøytemisbrukerne var under 21 år, 45 prosent mellom 21 og 30 år, 45 prosent er 31 år og eldre. Misbrukerpopulasjonen er over tid blitt eldre, og det er blitt en større geografisk spredning av sprøytemisbruket i Norge, selv om Oslo fortsatt utgjør tyngdepunktet (op.cit.).

Norge har etablert et system for registrering av behandling av klienter med rusmiddelproblemer som viser en økning i både antall tiltak og antall henvendelser på slutten av 1990-tallet. Tall for 2000 viser at kjønnsfordelingen er jevnere med synkende alder, og at jenter utgjør 42 prosent av aldersgruppen 16–20, men kun 20 prosent i gruppen 51 til 60 år. Heroin er det mest brukte rusmiddelet for kvinnene, og alkohol for menn (av dem som er registrert i behandlingstiltak) (SIRUS 2002).

Helsemessige konsekvenser av rusmisbruk

Risikoen knyttet til injisering av stoffer er først og fremst relatert til risiko for infeksjonssykdommer, skader som følge av feilinjisering (abscesser med mer) og overdoser. Stoffmisbrukere generelt har dårligere helse enn befolkningen for øvrig både på grunn av injisering og dårlig livsførsel (op.cit.). 36 prosent av brukerne ved Feltpleien har fått påvist hepatitt, og det har vært flere vaksinasjonskampanjer (hepatitt A og B) i regi av Sprøytebussen.

Dødelighet som følge av rusmiddelmisbruk er høy (jf. tabell 3.1, neste side). Metadonrelaterte dødsfall hører med i dette bildet, ved at det ses en kraftig økning av antall forgiftningsdødsfall der metadon har vært en viktig faktor, en økning som har kommet parallelt med økningen i foreskrevet mengde metadon (SIRUS 2002). Andre faktorer som kan ha påvirket denne utviklingen, blir av SIRUS anslått å være blant annet økningen i antall sprøytemisbrukere, at gruppen tunge sprøytemisbrukere har blitt eldre og mer forkomne, en økende tilgang på heroin, økt blandingsmisbruk, samt flere oppgitte og selvdestruktive brukere. Den årlige dødeligheten ble på bakgrunn av kjente data oppgitt å være mellom tre og fire prosent (SIRUS 2002).

Tabell 3.1 Dødsfall som skyldes bruk av narkotika, fordelt på kjønn ifølge Kripes og SSB (underliggende årsak).

1991–2000	Kripes			SSB		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
1991	74	22	96	66	22	88
1993	77	18	95	81	23	104
1995	108	24	132	114	29	143
1997	149	28	177	155	30	185
1998	226	44	270	224	50	274
1999	181	39	220	179	57	236
2000	264	63	327	302	72	374
2000	264	63	327	302	72	374

Kilde: SIRUS 2002

Overdose synes å være den viktigste dødsårsaken blant narkotikamisbrukere i Oslo, og årsaken til Oslos høye overdosetall antydes å være begrunnet i at man registrerer alle de dødsfall som inntreffer i Oslo uavhengig av hvor personen kommer fra eller «hører hjemme», noe de for eksempel ikke gjør i København. I tillegg er den høye utbredelsen av injiserende misbruk en viktig årsak.

Studier av norske narkotikamisbrukere viser stor overrepresentasjon av ulike sosiale problemer; mange lever under svært dårlige boforhold, de lever i miljøer med mye kriminalitet, voldsbruk og prostitusjon. En studie av brukere av Sprøytebussen i Oslo viste at fire femdel mottok økonomisk sosialhjelp eller gikk på trygd, og at bare ti prosent hadde arbeidsinntekt overhodet. Over halvparten av kvinnene hadde inntekt fra prostitusjon (Bretteville-Jensen 2000, gjengitt i SIRUS 2002:31).

3.5 New Hampshire-modellen

Tøyen-prosjektet er faglig forankret i den såkalte New Hampshire-modellen, blant annet beskrevet av Robert Drake (Drake et al., 1995). Inspirasjonen til tenkning, teamsammensetning, utforming av arbeidsmetoder og inntakskriterier hentet ROP-prosjektet fra den måten de arbeidet på der. ROP skulle i løpet av fem år å tilpasse sentrale elementer fra denne modellen til norske forhold og norske pasienter.

New Hampshire er en nordamerikansk delstat med om lag 1,2 millioner innbyggere med landsbygd og mindre byer med opptil 100 000 innbyggere (Evjen, Øiern og Kielland 2003). 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 psykiatrisentre (mental Health Centres) spredd rundt i delstaten (Evjen, Øiern og Kielland 2003:204). Deres primære oppgave var å sørge for at utskreven pasienter fikk lokal oppfølging. I løpet av de tre første årene var det i delstaten New Hampshire etablert ti regionale mobile team, to korttids døgn-behandlingsprogrammer, spesialiserte behandlingsprogrammer ved NHMH, bo- og rehabiliteringsenheter (half-way-houses) med inntil 12 plasser og felles «dual-diagnosis» opplæringsprogrammer for personer inne 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 eksisterende hjelpeapparatet (Evjen, Øiern og Kielland 2003). I tillegg skulle pasientene være uten fast bolig eller ha ustabil boevne ved inntak i prosjektet¹⁶. 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 New Hampshire-modellen er mangeårig og med et lavt klientantall per behandler (maks 10–12 pasienter per behandler). 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 lokalbasert, 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 ble regnet som sentrale kjennetegn ved modellen, 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 dobbelt-diagnoser, og fikk ukentlig veiledning.

Hovedprinsippet i den modellen de har utviklet i New Hampshire er trinnsvis jobbing med motivasjon og ulike behandlingstyper. Behandlingen er inndelt i ulike faser:

¹⁶ Ytterligere kjennetegn ved gruppen var schizoaffective lidelser, alvorlig depresjon eller schizofreni med misbruk eller avhengighet av rusmidler som tilleggdiagnose. De skulle imidlertid ikke ha vesentlig svekket hukommelse. Ruskarriere skulle ha minst to års varighet, og ved prosjektstart skulle en rusfrihet ikke ha vart i mer enn ett år.

- Kontaktetableringsfase
- Motivasjonsfase
- 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 på en gradvis overgang til vanlig bolig om nødvendig. Dobbeltdiagnosepasienter viste seg i New Hampshire ofte å være uten fast bolig, og de erfarte følgende suksesskriterier for bo-stabilisering: økt rusmestring, bo og ferdighetstrening og adgang til å benytte egne døgnenheter for klienter med høyrisiko for tilbakefall til misbruk (Evjen, Øiern og Kielland 2003).

Det legges vekt på samarbeid 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 rusmisbruk. For ytterligere beskrivelser av modellen slik den har utviklet seg og blir praktisert i USA, henviser vi til Mueser (Mueser et al 2003).

Tøyen-prosjektet fikk høsten 2000 i mandat å prøve ut sentrale prinsipper i New Hampshire-modellen, og fordi denne modellen er utviklet i USA, gjøre de nødvendige justeringer slik at «metodikken» passer til de institusjonelle rammebetingelser behandling og omsorg for personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmisbruk foregår under i Oslo og i Norge. I neste del av rapporten skal vi ta for oss oppstarten av ROP-prosjektet og se hvordan de i dette prosjektet forsøkte å overføre disse behandlingsprinsipper til en annen kontekst: Oslo.

Del II kjennetegn ved målgruppe og pasienter

Denne delen av rapporten består av to kapitler. Først gir vi i kapittel 4 en presentasjon av ROPs oppstart og videre av hvordan de i prosjektet definerte den målgruppe de skulle lage et behandlingstilbud for. Deretter, i kapittel 5, beskrives sentrale kjennetegn ved de pasienter som i løpet av prosjektperioden (2001–2005) har vært til behandling på ROP-Tøyen.

4 ROP-prosjektets oppstart

4.1 Prosjektets oppstart

I 1994 fortalte amerikaneren Robert Drake på et seminar på Dikemark sykehus om sine erfaringer med å jobbe etter en integrert behandlingsmodell med «Dual diagnosed» pasienter i staten New Hampshire i USA.¹⁷ Dette var muligens første gang et norsk behandlingsmiljø stiftet bekjentskap med behandlingsprosjektene i New Hampshire og behandlingsprinsippene bak den såkalte New Hampshire-modellen. Dette vakte stor interesse innen både det norske rusbehandlingsmiljøet og psykisk helsevern. Økende erkjennelse av behovet for spesielle tiltak i psykisk helsevern overfor pasientgruppen resulterte i opprettelsen av avdeling «B3» ved Aker sykehus (Gaustad) på slutten av 1990-tallet. Dette var en høyt bemannet avdeling for døgnbehandling over lengre tid, i starten ett til to år. Etter cirka to års eksistens ble avdelingen nedlagt. En var da i ferd med å endre avdelingen i retning større fleksibilitet i tid og mer oppfølging ute. Prosjektleder og psykologspesialist ved ROP beskriver at de hadde inntrykk av at det ble tatt beslutninger i Oslo kommune, rusmiddelstaten og innen Aker sykehus om denne nedleggelsen ut fra vurderinger av avdelingens drift det første året. ROPs seinere ledelse mente selv at avdelingen utviklet seg i positiv retning og kunne blitt en svært viktig ressurs i Oslo for pasientgruppen da den ble nedlagt.¹⁸

Prosjektskissen som var blitt levert til Tøyen DPS fra Veksthuset i juni 1997, ble tatt frem igjen etter et lederskifte ved DPS-et våren 1998. En avdelingssykepleier og avdelingsoverlegen ved DPS-et brakte forslaget videre til byrådsavdelingen for Eldre og bydelene. I tett samarbeid med en saksbehandler der fikk de forberedt saken til byrådet. Man fikk etter hvert positive signaler fra kommunen. ROPs kommende prosjektleder og en psykologspesialist, som på denne tiden begge var ansatt ved DPS-et, arbeidet parallelt med nærmere konkretisering av prosjektet. Søknaden om opprettelsen av «Kontinuerlig behandlingsprosjekt», som det den gang het, ble liggende i kommunen og vente på en beslutning i bystyret.

¹⁷ Presentasjonen av hvordan prosjektet kom i gang er basert delvis på intervjuer og meddelelser fra ROP-teamets prosjektledelse.

¹⁸ Fremstillingen i dette avsnittet er utformet av spesialpsykolog ved ROP.

Den kommende prosjektleder og nevnte psykologspesialist i ROP hadde allerede en periode vært ansatt ved Tøyen DPS. Basert på muntlige tilsagn om tildeling av midler ble det allerede førjulsvinteren 1999 utlyst ledige stillinger til prosjektet. I påvente av at tilsagn om midler kom fra Rådhuset, fikk disse to i mandat å rekruttere de andre medarbeiderne til behandlingsteamet. Ettersom behandlingstiden i Rådhuset dro ut måtte man jobbe mye med å holde troen oppe hos de som ble rekruttert til ROP. De satt rundt om på sine «gamle» arbeidsplasser og ventet på det endelige klarsignalet til å si opp jobbene sine. Bystyret fattet beslutningen om å bevilge midler til oppstarten av prosjektet senhøsten i 2000, og midlene ble tildelt i november 2000.

Utviklingen av Tøyen-prosjektet fra idé til bevilgede midler tok altså tre år, og ble ikke minst drevet frem av de to som fikk stillingene som henholdsvis prosjektleder og psykologspesialist i ROP-prosjektet. Ventetiden hadde vært lang – for lang for noen av de rekrutterte. De mistet noen underveis. Konsekvensen av dette ble blant annet at oppstarten av prosjektet ble ekstra vanskelig både for teamledelse og medarbeiderne, fordi man måtte bruke mye tid og ressurser nesten hele det første året på å få på plass nye medarbeidere (se Øverås 2003). I løpet av januar begynte fire teammedarbeidere i sine femårige jobber i 1.-etasjen på Tøyen DPS i Oslo, og i løpet av våren 2001 ansatte man ytterligere to. 1. september 2001 var den siste medarbeideren på plass. Alle ansatte var imidlertid til stede på behandlingsteamets første interne stabsseminar i juni 2001. Fulltallig besto teamet av to psykologspesialister, en sosionom og en klinisk sosionom, en psykolog, to psykiatriske sykepleiere og en sykepleier samt en merkantilt ansatt prosjektmedarbeider med erfaring fra psykiatrien og høy datafaglig kompetanse. I tillegg ble en av legene ved Tøyen DPS, som var i gang med sin spesialistutdanning i psykiatri, knyttet til prosjektet i 20 prosent stilling. Prosjekt Rus og Psykisk lidelse var fra oppstarten organisatorisk under Tøyen DPS, og en del av Lovisenberg sykehus.

4.2 Avgrensning av målgruppe

Samsvar eller avvik mellom målgruppe og pasientgruppe er et sentralt element i evalueringens analyse av behandlingsprosjektets måloppnåelse. Så derfor; hvordan avgrenset ROP sin målgruppe? Hvem tenkte man seg at dette behandlingsprosjektet skulle være til for? Hvilke pasienter trodde man at det ordinære hjelpeapparatet ikke mestret og derfor trengte hjelp til å kunne hjelpes på en bedre måte? Disse spørsmålene dannet utgangspunktet for ROP-prosjektets initiativtakere.

I ROP-prosjektets prosjektbeskrivelse og informasjonsbrosjyre er målgruppe og inntakskriterier søkt tilpasset norske forhold gjennom følgende formuleringer:

- Alder mellom 18 og 50 år
- Bydelstilknytning til Oslos sentrale bydeler eller opphold der
- Personen skal i løpet av de siste seks månedene ha vært innlagt i psykiatrien, vært uten fast bosted, vist dårlig boevne eller vært fengslet
- Personen skal ha hatt et minst toårig alvorlig rusavhengighetsproblem
- Personen må tydelig være ute av stand til å benytte seg av ordinært behandlings-tilbud innen rusomsorgen eller psykisk helsevern
- Det må være grunnlag for å anta at det foreligger en alvorlig psykisk lidelse

Inntakskriteriene generelt og sykkelighetskriteriet spesielt ble mye diskutert i teamet i tiden etter prosjektstart. Teamets oppfatning var at de, på grunn av de generelt store vanskelighetene det representerer å diagnostisere personer med samtidig omfattende rusbruk, måtte ta høyde for, og regne med, stor usikkerhet omkring den psykiatriske diagnosen i forkant av den enkelte pasients inntak i prosjektet. Derfor formulerte de at en vurdering av funksjonsevne (boevne, ivaretagelse av egen hygiene, sosiale ferdigheter osv.) måtte stå sentralt ved vurderingen av hvorvidt vedkommende hørte hjemme i prosjektet eller ikke. Basert på amerikanske, engelske og svenske erfaringer ble aktuelle diagnosegrupper spesifisert til schizofreni, schizotyp lidelse, bipolar lidelse og særlig alvorlige personlighetsforstyrrelser. Dette betyr i praksis både «de sårbare» og «de utagerende» (Statens helsetilsyn 2000).¹⁹

Beskrivelsen av målgruppe og inntakskriterier slik de er formulert over er delvis hentet fra internasjonal litteratur på feltet, og er ikke minst en «oversettelse» av de kriterier og avgrensninger man i en årrekke hadde anvendt i New Hampshire-prosjektet i USA. I den første tiden i ROP var det dermed flere problemstillinger som gjenspeilet seg i teamets diskusjoner av egne avgrensninger og kriterier. Blant annet ble relevansen av avgrensninger og kriterier i forhold til pasientgruppen de selv møtte og fikk henvist i Oslo diskutert. Det var ikke nødvendigvis sammenfall mellom de pasienter som falt utenfor etablerte behandlingstilbud i USA på 1980- og 1990-tallet, og de som tjenestesystemene i Norge ikke greide å tilby et tilfredsstillende behandlingstilbud. Dette underslår ikke at det i begge land er påvist mangel på integrerte behandlingstiltak²⁰, som er den type behandling disse pasientene sannsynligvis har størst nytte av.

¹⁹ For utdyping av denne inndelingen, se i kapittel 3 i denne rapporten.

²⁰ Integrerte behandlingstiltak betyr i denne sammenheng at ett og samme behandlingstiltak tilbyr all den hjelp og behandling pasientene trenger.

Etter at prosjektet startet opp i januar 2001, ble målgruppe og inntakskriterier formulert i følgende fire sentrale kriterier²¹:

- *Sykelighetskriteriet*: Generelt gjaldt at jo alvorligere den psykiske lidelsen var, jo mer aktuell var personen for ROP. Det måtte imidlertid også foreligge et alvorlig rusproblem, og som en tommelfingerregel skulle dette ha foregått i minimum to år. Dette var imidlertid ikke et absolutt krav.
- *Hjelpeløshetskriteriet*: Generelt gjaldt at personen skulle 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 var på plass, men at det menneskelige manglet, forelå en jobb for teamet.
- *Bedringskriteriet*: Generelt gjaldt her at det skulle være mulig å tenke seg en bedring av livskvalitet over en toårsperiode, og intens aktivitet fra teamets side i samarbeid med personen skulle kunne ha vesentlig betydning for en slik bedring.²²
- *Alderskriteriet*: Generelt gjaldt at teamet burde prioritere yngre personer, ut fra bedringskriteriet og ut fra at situasjonen måtte anses særlig alvorlig når en ung person hadde utviklet et slikt kombinasjonsproblem og ikke fikk nødvendig hjelp.

Kriteriene over dannet utgangspunktet for teamets løpende vurderinger av henviste pasienter, og var sammen med prosjektskissen de eneste formulerte retningslinjer for hvem som skulle tas inn i prosjektet eller ikke. Spesielt de første årene var som sagt inntakskriteriene gjenstand for mange diskusjoner i teamet. Det første året, da alle medarbeiderne var nye, var det nesten ikke et morgenmøte eller inntaksmøte uten at tolkninger og diskusjoner av disse kriteriene ble berørt. Siden praktiseringen av inntakskriteriene innebar stor grad av skjønnsutøvelse, brukte teamet mye tid på å diskutere seg frem til en omforent forståelse av hvilke avveininger, avgrensninger og prioriteringer de til enhver tid opplevde som viktige, og som skulle gjelde. Også på teamets første årlige internt fagseminar ble avveininger og prioriteringer av de ulike kriteriene tildelt mye oppmerksomhet.

²¹ Dette er hentet fra et notat skrevet av psykologspesialist Petter Lohne i ROP-teamet.

²² Det ble presisert at teamet 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 og så videre.

I 2001 var situasjonen den at etterspørselen etter teamets ressurser var større enn hva teamet til enhver tid greide å svare på. Som vi kommer tilbake til i kapittel 7, avviste da prosjektet flere pasienter enn de tok inn. I vurderingen av hvem som skulle tas inn, var det naturlig nok mange og lange diskusjoner av hvilke kriterier som var viktigst, og hvilke som var nødvendige og tilstrekkelige for at pasienten skulle tas inn. Samtidig var situasjonen den at det var de to spesialpsykologene i prosjektledelsen som hadde utformet målgruppe og inntakskriterier slik de var formulert i prosjektskissen. De andre teammedarbeiderne hadde i ulik grad oppfattet at det var formulert slike kriterier overhodet. I tillegg startet medarbeiderne i jobbene sine på ulike tidspunkt i løpet av 2001. Siden det var viktig å forankre inntakskriteriene i teamet, førte dette til at diskusjoner av kriterier og prioriteringer dominerte den interne debatten i temaet.

Før vi går over til å beskrive ROPs pasienter, er det viktig å understreke at behandlingsprosjektets inntakskriterier med all tydelighet viser at ROP-prosjektet ikke var et tiltak for alle med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer. Prosjektet var rettet mot de med de alvorligste psykiske lidelsene og de alvorligste rusproblemene, selv om ROP-prosjektet presiserte i inntakskriteriene at det skulle foreligge et bedringspotensial innen en to års behandlingsperiode ROP definerte allerede fra oppstarten at deres målgruppe skulle være de som falt utenfor det ordinære hjelpeapparatet, de som hadde vist seg ute av stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet, og/eller som det ordinære hjelpeapparatet var hjelpeløse i forhold til.

5 Kjennetegn ved pasientene

Hvem var, og til dels fortsatt er, så pasientene ved ROP? Hvilken livssituasjon hadde de når de kom til ROP, og hva var de sentrale kjennetegn ved dem som gruppe? Sentrale kjennetegn er i dette kapitlet avgrenset til pasientenes kjønns- og aldersfordeling, bo- og fødested, pasientenes rusbruk, rus- og psykiatridiagnoser, bosituasjon og funksjonsnivå.²³

Per desember 2005 var i alt 116 pasienter tatt inn i prosjektet siden oppstarten i januar 2001. Behandlingstiden i ROP-prosjektet var begrenset til to år og i desember 2005 hadde 72 av pasientene gjennomført et (om lag) toårig behandlingsforløp, og var overført til annen instans. Dette innebærer at det i perioden 2001–2005 har vært to «pasientgrupper» til behandling: Den første gruppen (populasjon 1) ble skrevet inn i prosjektet i perioden 2001–2003, og den andre gruppen (populasjon 2) i perioden 2003–2005.²⁴ Poenget med å dele pasientene i to populasjoner er at dette gir oss analytiske muligheter til sammenliknbarhet over tid i forhold til kjennetegn ved pasientene og i behandlingsteamets prioriteringer.

²³ Presentasjonen er basert på informasjon fra prosjektledelse og teammedarbeidere, gitt oss i form av besvarte spørreskjema, individuelle intervjuer samt muntlige gjennomganger med teammedarbeiderne. Alle diagnoser er kvalitetssikret av ROP-teamets psykologspesialist. All overlevert pasientinformasjon fra behandlingsteam og samarbeidsinstanser til Fafo er basert på skriftlig samtykke fra pasientene. For nærmere detaljer om ulike typer av data viser vi til kapittel 2.

²⁴ Siden teammedarbeiderne startet i prosjektet på litt ulike tidspunkt, og behandlingsteamet har tatt inn pasienter kontinuerlig, er det ikke noe gitt, bestemt tidspunkt som markerer overgangen mellom de to populasjonene. I våre data er pasienter skrevet inn etter 31.12.2002 regnet som del av populasjon 2. Bakgrunnen for grensdragningen på denne datoen er også datamessig, ettersom det ble innført en ny prosedyreplan for kartlegging og innsamling av pasientdato fra årsskiftet 2002-2003.

5.1 Kjønn og alder

Dersom vi ser på hele pasientpopulasjonen, ser vi av tabell 5.1 at 18 prosent av ROP-prosjektets pasienter var 24 år eller yngre ved innskriving. Nesten halvparten var mellom 24 og 34 år, 28 prosent av pasientene var mellom 34 og 44 år, og kun seks prosent var 45 år eller eldre. Det var ingen vesentlige kjønnsforskjeller. Kun blant de syv pasientene som var eldre enn 45 år, var det en liten overvekt av menn. Gjennomsnittsalderen blant pasientene i prosjektet var 32 år; den typiske mann var 31 år og den typiske kvinne 33 år. Det mest oppsiktsvekkende med aldersfordelingen blant pasientene var kanskje at det faktisk var såpass mange som 21 pasienter under 24 år. Tre av de 116 pasienter som i løpet av prosjektperioden var til behandling, var eldre enn 50 år ved innskriving i prosjektet. Disse ble skrevet inn, på tross av at de aldersmessig var utenfor målgruppen. Slik vi har forstått dette, var begrunnelsen at det ordinære tiltaksapparatet opplevde maktesløshet ovenfor disse pasientene, og at de hadde prøvd alt de hadde av tilbud og virkemidler. Verken tiltaksapparat eller pasienten så at det lå noe potensial i å fortsette ordinær oppfølging og behandling. Derfor valgte ROP å gå inn og prøve å tilrettelegge for et bedre samarbeid mellom pasient og behandlingsinstans.

Tabell 5.1 Pasientenes kjønn og alder. Absolutte tall og prosent (i parentes), gjennomsnittlig og median alder.

Alder	Menn	Kvinner	Totalt
–24	12 (19)	9 (17)	21 (18)
24–34	30 (48)	26 (49)	56 (48)
35–44	16 (25)	16 (30)	32 (28)
45–54	5 (8)	2 (4)	7 (6)
Totalt	63 (100)	53 (100)	116 (100)
Prosentandel menn og kvinner	54	46	100
Gjennomsnittsalder	32	32	32
Median alder	31	33	32

Boks 1: Berit 21 år²⁵

Berit var innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling og henvist derfra da ROP tok kontakt første gang. Hun var psykotisk, og hadde vært nesten to måneder på skjermet avdeling. Ble i søknaden beskrevet som hallusinert, fragmentert med vrangforestillinger, ustabil, impulsstyrt og verbalt og fysisk utagerende. Vesentlig heroinmisbruker med diagnosen paranoid schizofreni. Pasienten selv mente hun hadde stoffutløst psykose, og hadde aldri landet helt etter inntak av LSD og ecstasy som 17–18-åring.

To rusmisbrukende foreldre. Far døde da Berit var svært ung. Det er beskrevet omfattende omsorgssvikt. Vokste opp i en rekke fosterhjem og barnevernsinstitusjoner. Tilknyttet et kjent institutt for barnevern fra ti til tolv års alder. Økende atferdsproblemer og rusmisbruk fra 16 års alder. Før dette veldig aktiv innen idrett og blir beskrevet som et stort talent innen idrett. Innlagt første gang med psykose i 17–18-årsalderen.

Minst åtte innleggelses i akuttpsykiatrien siden det, og flere lange opphold på langtidssavdeling, seinest tre måneder før vi traff henne første gang. Bodde i egen leilighet når hun var ute. Uteteamet på hennes DPS hadde forsøkt å følge henne opp ute, men de hadde for det meste løpt etter henne, som de sa det der. Hadde hatt noe oppfølging av samme overlege på DPS i mange år, og han kjente henne godt.

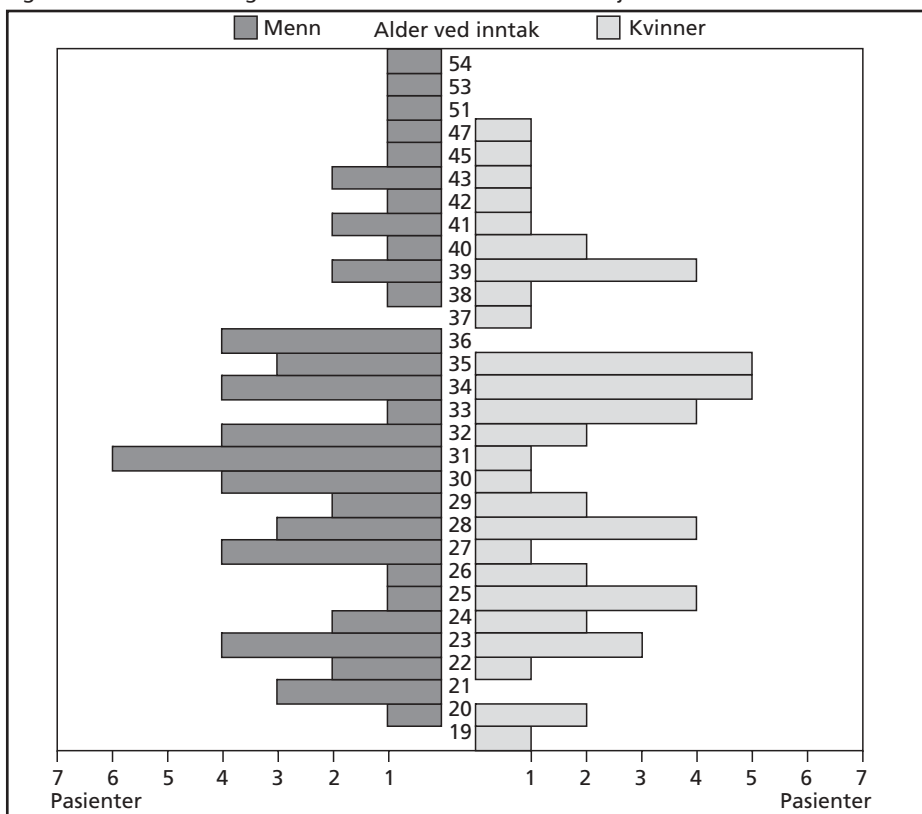
Hun ønsket selv ingen oppfølging ute. Tok avstand fra all kontakt med psykiatrien. Beskrevet som veldig umoden. Få interesser nå utover en sterk idolisering av et spesielt «boy-band». Hun mente å ha en spesiell tilknytning til dette bandet. Hun kjente alle medlemmene og opptredte selv på minst én av plakatenes deres.

Pasienten viste mye aggresjon mot familien, spesielt moren, under innleggelsen. Det var en del voldsepisoder og relativt hyppige beltelegginger under flere av oppholdene på akuttpsykiatrisk. Oppholdene på akuttavdelingen var alltid av lang varighet, det vil si mer enn to måneder.

Fra «Gjestfrihet på prøve» (ROP-Tøyen 2004)

²⁵ Fafo har møtt og intervjuet noen av ROPs pasienter. ROP-teamet har selv laget to ulike produkter som beskriver sider ved ROP-prosjektet og pasientene på en bredere måte enn hva som har vært evalueringens mandat. Henholdsvis gjennom «ROP-filmen» fra 2006 og rapporten «Gjestfrihet på prøve? – Om behandlingserfaringer fra oppsøkende psykisk helsevern ved ROP Tøyen» (ROP-Tøyen 2004). I et forsøk på å gi en «dypere» beskrivelse av pasientene har vi med tillatelse fra behandlingsteamet gjengitt utdrag fra noen av pasientbeskrivelsene i «Gjestfrihet på prøve?». Vårt utvalg er foretatt med målsetting om å gi et godt bilde av hvem pasientene i prosjektet er, i forhold til noen sentrale kjennetegn. Disse har vi presentert i egne tekstbokser underveis i kapittel 5.

Figur 5.1 Aldersfordeling ved inntak i ROP 2001–2005 etter kjønn. Absolutte tall.



Dersom vi sammenlikner aldersfordelingen blant ROP-pasientene med aldersfordelingen slik den rapporteres å være i gruppen med utstrakt rusbruk i normalbefolkningen, ser det ut til at ROP rekrutterte relativt flere av de yngste enn hva «normalpopulasjonen» skulle tilsi. Vi vet gjennom deltakende observasjon på morgenmøter og inntaksmøter at ROP-medarbeiderne i perioder var sterkt opptatt av forkommenheten blant noen av de yngste stoffmisbrukerne de fikk kjennskap til, og det tertiærforebyggende potensialet som lå i en vellykket intervensjon for disse pasientene. Når det gjelder målsettingen om å rekruttere yngre, må vi si at prosjektet har lyktes med dette. Dette vil vi komme litt tilbake til i analysene av forskjeller mellom henviste og innskrrevne pasienter i rapportens kapittel 7.

Kjønnsfordeling

Man regner at populasjonen stoffmisbrukere med psykiske lidelser fordeler seg med 70 prosent menn og 30 prosent kvinner (se for eksempel SIRUS 2002). Også kjønnsfordelingen i ordinære behandlingstiltak innen rusomsorg og psykisk helsevern har

Tabell 5.2 Kvinneandelen blant pasientene etter innskrivingsår. Prosent.

	2001	2002	2003	2004	2005	Totalt
Kvinneandel	35	64	60	50,0	22	46
N	49	14	32	12	9	116

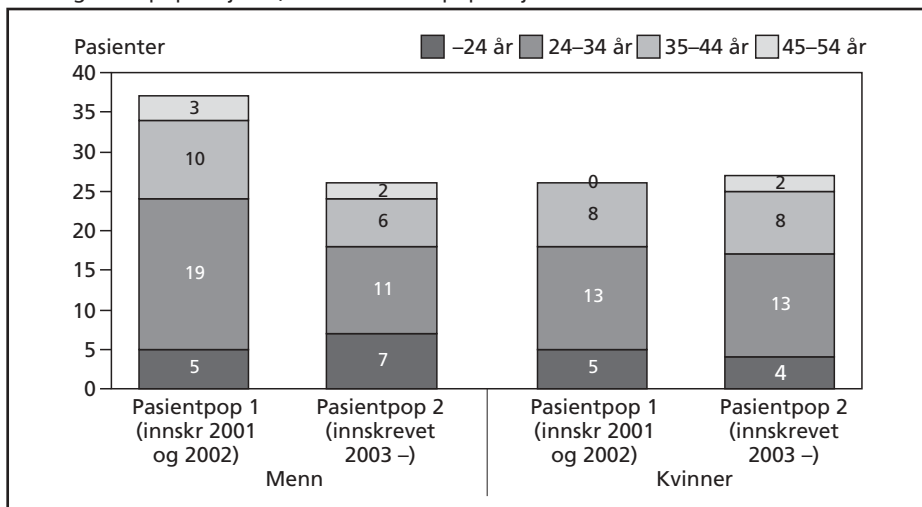
ligget rundt 70/30. Vi vet dessuten at Feltpleien og Sprøytebussen i Oslo også oppgir 30/70-kjønnsfordelingen blant brukerne av deres tilbud (SIRUS 2002). Som det fremgikk av tabell 5.1, var 63 av ROP-pasientene menn og 53 var kvinner. Dette ga en kvinneandel på hele 46 prosent. Dette innebærer at ROP-Tøyen rekrutterte relativt flere kvinner enn hva man skulle forvente ut fra forventet kjønnsfordeling i prosjektets målgruppe.

Tabell 5.2 viser at det i tre av de fem prosjektårene ble skrevet inn 50 prosent eller mer kvinner i prosjektet. Gjenspeiler dette den faktiske kjønns sammensetningen i gruppen av personer i Oslo som har behov for det tilbud ROP representerer? Som vist i kapittel 3 injiserer kvinnelige heroinbrukere (i Oslo), oftere og større doser enn hva mennene gjør. Om dette faktisk gir seg utslag i relativ forverring av kvinnes helse tilstand sammenliknet med de mannlige brukerne, og videre at dette i neste omgang fører til at kvinnelige stoffmisbrukere er dårligere og derfor etterspør/henvises til ROP i større grad enn menn, har vi ikke data til å kunne vurdere. Vi kan imidlertid ikke utelukke at dette er en av forklaringene på den relativt høye kvinneandelen blant ROPs pasienter.

Helseundersøkelser av normalbefolkningen viser at kvinner etterspør og benytter ordinære helsetjenester i større grad enn menn, noe som er blitt tolket som at kvinner har behandlingsbehov mer tilpasset behandlingstilbudene enn det menn har. En hypotese er at kvinner gjennom en generelt hyppigere kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet har bedre tillit til at de får hjelp enn det menn har. Dersom kvinner har flere/bedre lavterskeltilbud i Oslo enn menn, gir dette dem som gruppe betraktet flere inngangsporter til ROP. Lavterskeltiltakene er potensielt også pådyttende til at de henvender seg til ROP og andre med sine hjelpebehov.

Det kan være at kjønnsforskjellen skyldes at debutalderen for norske kvinner er lavere enn i andre land, slik at de blir syke tidligere og etterspør behandlingstiltak i større grad? Det også være kjennetegn ved prosjektet og deres prioriteringer og arbeidsmåte som gjør at kvinner relativt sett i større grad enn menn både henvises til og tas inn i prosjektet? Vi vil komme tilbake til en diskusjon av dette i kapittel 7, fordi vi mener at spørsmål og problemstillinger knyttet til kjønnsfordelingen i prosjektet både dreier seg om hvordan ROP-teamet prioriterte i prosjektperioden. Hvorvidt ROP er et svar på et lenge etterlenget behov for et lavterskeltilbud nettopp for kvinner i Oslo har vi imidlertid ikke data til å konkludere om.

Figur 5.2 Pasienter etter alder, kjønn og populasjon. Absolutte tall. Innskrevne pasienter fra 2001 og 02 er populasjon 1, fra 2003–05 er populasjon 2.



Av figur 5.2 fremgår det at det er gruppen menn i alderen 24–44 år, som ble innskrevet i første delen av prosjektperioden, som gir en overvekt av menn for perioden som helhet. Dette forklarer den markante økningen i andelen kvinner innskrevet i årene 2002, 2003 og 2004 som vist i tabell 5.2. Denne økningen kan, basert på intervjuer med teammedarbeiderne, ses som et ønske om å kompensere for de mange «litt eldre» opiatmisbrukerne som ble tatt inn i prosjektet det første halvåret. Det har vært en økning i andelen yngre menn og en reduksjon i aldersgruppen 24–34 år. Fordelingen på alder og kjønn er ellers svært lik. Kvinneandelen i 2005 var lav, men det var kun ni pasienter totalt som ble skrevet inn dette året.

Kanskje er kjønns- og aldersfordelingen blant ROPs pasienter et utslag både av en villet prioritering fra prosjektets side, og et resultat av en reell økning i antall kvinner med store psykiske og fysiske lidelser som konsekvens av en svært destruktiv bruk av heroin og benzodiazepiner i målgruppen. I SIRUS' «Føre var»-rapporter fremkommer det at unge eksperimenterer mer enn før, og at unge jenter både drikker mer og utgjør en stadig større andel av den gruppen som har alvorlige alkohol- og stoffproblemer (SIRUS 2004:19). Men også store psykiske plager samt behandlernes kulturelt betingede reaksjoner på alvorlighet og hjelpeløshet knyttet til kvinner og menns symptomtrykk og symptombelastninger, kan være delforklaringer til kjønnsforskjellene beskrevet over.

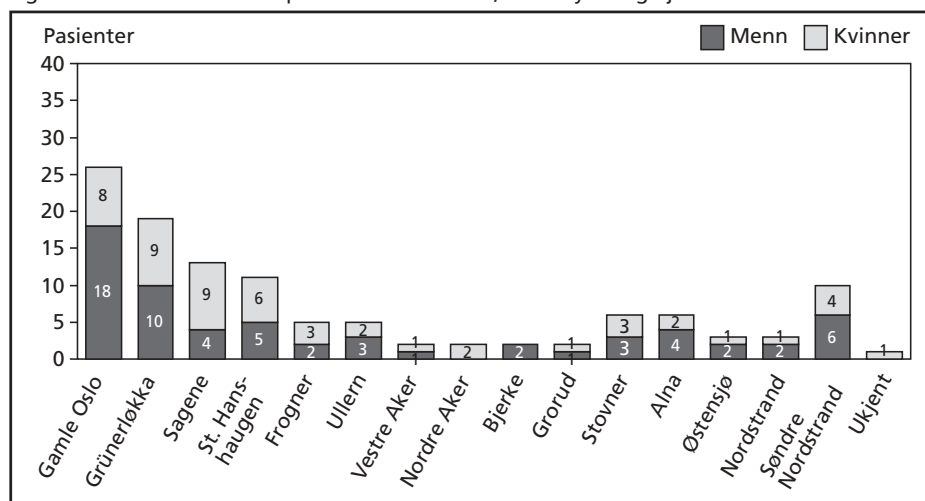
5.2 Bydelstilknytning og fødeland

ROP-prosjektet var et bydekkende og lokalisert på Tøyen. Grunnet målgruppen hadde de spesiell oppmerksomhet rettet mot de sentrumsnære områdene av byen, og mot samarbeid med gatenære tiltak i de sentrumsnære bydeler. Dette gjenspeiles i oversikten over pasientenes bydelstilknytning i figur 5.3.

Figur 5.3. viser at ROP-prosjektet rekrutterte pasienter fra hele Oslo, men med en klar overvekt fra de sentrumsnære bydelene. Selv om bydelene Stovner, Alna, Frogner, Ullern og Søndre Nordstrand alle hadde «fått inn» fem pasienter eller mer i prosjektet i løpet av fem år, så er dette beskjedent sammenliknet med spesielt Gamle Oslo og Grünerløkka. Til sammen utgjorde pasienter med registrert bostedsadresse i bydelene Sagene, Grünerløkka eller Gamle Oslo 66 prosent av alle de pasienter ROP-prosjektet behandlet i perioden 2001–2005.

Det var altså en klar overvekt av pasienter med bostedsadresse i Oslos tre sentrumsnære bydeler. Dette var helt i tråd med målsettingene for prosjektet, hvor det het seg at det var personer som enten bodde eller oppholdt seg i disse områdene av byen, som skulle være prosjektets prioriterte målgruppe. Hvis vi sammenholder tallene i figur 5.3 med vår rapportering av bydelstilknytning i vår midtveiseevaluering av ROP (Øverås 2003) ser vi at bydelene Søndre Nordstrand, Alna og Stovner fikk flere pasienter inn i prosjektet i de to siste årene av prosjektperioden, enn i de tre første. Henvisningsinstansene i disse bydelene har enten «oppdaget» ROP senere enn de andre bydelene, eller opplevde et større behov for ROPs tilbud enn hva som var tilfelle i perioden 2001 til 2003.

Figur 5.3 Antall innskrevne pasienter 2001–2005, etter bydel og kjønn. N=116.



Fødeland

Oslo har en stor populasjon innvandrere. Gjenspeiler dette seg i hvilke pasienter som ble tatt inn i ROP?

Som vi ser av tabell 5.3, rekrutterte ROP-prosjektet i første rekke personer født i Norge med norske foreldre. Andelen med fødested Asia eller Afrika var under ti prosent. Vi har dessverre ikke grunnlag for å si noe om hvorvidt dette avspeilet den faktiske andelen etniske nordmenn i målgruppopulasjonen. ROP har i prosjektperioden vært medvirkende til at det i 2004 ble opprettet et prosjekt spesielt rettet mot å fange opp og tilby afrikanere med kombinasjonsproblematikk behandling (Prosjekt Traumatiserte Flyktninger). Prosjektet hadde to ansatte, og var organisatorisk en del av Tøyen DPS og underlagt ROP-prosjektets ledelse. Prosjektet var en integrert del av ROP i den forstand at de deltok i alle inntaks-, morgen- og behandlingsmøter. På denne måten nøt dette prosjektet godt av ROP-teamets kompetanse på området, deres ressurser og kjennskap til og nettverk i ulike deler av behandlingsapparatet. På den andre siden representerte Prosjekt Traumatiserte Flyktninger en utvidelse og tilførsel av en type spisskompetanse til ROP ved at de ansatte her var gatenære og hadde gode kontakter i og kjennskap til det somaliske miljøet i Oslo. Dette kan over tid muligens utvide nedslagsfeltet til ROP som etablert behandlingstilbud i deler av innvandrer miljøene i Oslo

Tabell 5.3 Pasientenes fødeland/verdensdel. Absolutte tall og prosentandel.

Fødeland/verdensdel	Antall	Prosent
Født i Norge av norske foreldre	100	86
Annet nordisk land	1	1
Annet europeisk, ikke-nordisk land	4	3
Asia	3	3
Afrika	7	6
Sør-Amerika	1	1
Totalt	116	100

5.3 Pasientenes psykiatri- og rusdiagnoser

Personer med såkalte dobbeltdiagnoser har både en psykisk lidelse og et rusmiddel-misbruk eller rusavhengighet. Dobbeldiagnoser har de fem til ti siste årene blitt et kjent, om dog uklart begrep. Komorbiditet eller kombinasjonsdiagnoser kan kanskje være mindre misvisende begreper i og med at både tre og fire diagnoser ofte kan brukes samtidig. Betegnelsen komorbiditet betyr bare at to eller flere lidelser

opptrer samtidig, uten at det angis noe årsaksforhold. Begrepsforvirringen skyldes i tillegg at ulike forfattere legger ulikt innhold i begrepene (Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning 2002:8). Noen refererer bare til rusmiddelmisbruk og psykoser (vanlig i engelskspråklige, særlig nordamerikanske fagartikler), andre til alvorlige personlighetsforstyrrelser i tillegg til rusmiddelmisbruk og psykoser og andre tilstander med tilsvarende alvorlighetsgrad, mens atter andre inkluderer et større sykdomsregister (op.cit. 8). I Norge er det blitt vanlig å bruke Boe Kielland som referanse i denne diskusjonen. I utredningen for Sosial- og helsedirektoratet delte han pasientene inn i følgende tre grupper (Statens Helsetilsyn 2000):

- Gruppe 1: Personer som misbruker rusmidler og har lettere psykiske symptomer
- Gruppe 2: Personer med alvorlig sinnslidelse som misbruker rusmidler
- Gruppe 3: Personer med alvorlig sinnslidelse som er avhengige av rusmidler

ROP-prosjektets målgruppe er definert som personer som både har en alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. Prosjektlederen i ROP forklarer i intervju at de på forhånd forventninger om at mange ville bli henvist til prosjektet uten å ha psykiatri-diagnose. Dette fordi det blant annet er knyttet stor usikkerhet til diagnostisering av psykiske lidelser hos aktive stoffmisbrukere, og fordi prosjektledelsen forventet at mange av pasientene ikke ville ha hatt tilstrekkelig kontakt med 2.-linjetjenestens psykiske helsevern til at de hadde fått en slik diagnose. Man hadde også antakelser om at mange av pasientene ville komme til prosjektet med feil diagnoser, både av de nevnte grunner, og fordi man hadde erfaringer som tilsa at diagnosene rus-utløst psykose og personlighetsforstyrrelser til en viss grad blir brukt strategisk av behandlingstiltak og institusjoner. Dette kan bli gjort for å slippe å ta ansvar for brysomme og ressurskrevende pasienter. Personer med samtidig rusmisbruk og personlighetsforstyrrelser (i gruppen utagerende) har tradisjonelt vært rusomsorgens dobbeltdiagnosepasienter, og man antok at de som det var knyttet de største utfordringer til for rusomsorgens behandlingstiltak, ville bli søkt til ROP.

Begrepet dobbeltdiagnoser bør i henhold til Boe Kiellands inndeling forbeholdes personer i Gruppe 3, som er den ROPs målgruppe faller innenfor.

Tom, 34 år

Tom har diagnosen schizotyp lidelse samt lidelse som skyldes bruk av stimulanter og skadelig bruk av multiple stoffer. Tom er født i Oslo. Har en to år yngre bror. Mor er yrkesaktiv. Faren døde etter kort tids sykeleie da pasienten var syv år. De var nært knyttet til hverandre. Tom reagerte i den forbindelse med tilbaketrekning. Ifølge moren fungerte han upåfallende på skolen frem til 7. klasse. I 8. og 9. klasse var han på en barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon.

Tom begynte å røyke hasj da han var 14 år. Han sniffet også en kort periode og testet ut LSD og opiater. Hans hovedmisbruk er intravenøs bruk av amfetamin. Dette har han brukt siden han var 15 år. I perioder har han tatt en del B-preparater. Han har et moderat forbruk av alkohol. Han roer seg noe ned på heroin når han har gått for lenge på amfetamin. Han tar store doser amfetamin og blir som regel psykotisk. Av andre misbrukere blir han regnet som «for gal».

Det er ingen kjente psykiatriske lidelser i familien, heller ikke rusproblemer.

Første kontakt med voksenpsykiatrien 23 år gammel. Fikk da diagnosen schizofreni. Etter det syv kortvarige innleggelser før han ble overflyttet til en spesialavdeling for rus og psykiske lidelser. Der var han i halvannet år. Han var i utskrivingsfasen der da vi fikk kontakt. De stilte seg der noe tvilende til hans schizofrenidiagnose. Han viste der tegn på tilbaketrekning og depresjon. Han var upsykotisk i lange perioder når han ikke ruset seg. Lengste rusfrie periode var syv uker.

Tom har vært innlagt 31 ganger i psykiatriske institusjoner i løpet av den tiden vi (ROP-Tøyen) har hatt kontakt. Lengste opphold varte i to måneder. 28 opphold på samme akuttpsykiatriske avdeling, gjennomsnittlig liggetid to til tre døgn. Han har ved innleggelserne vært psykotisk, utagerende og blitt beltelagt.

Pasienten sitter nå i fengsel. Dom på to år og seks måneder for vinningsforbrytelser. Han har anket dommen. Vår kontakt fortsetter til endelig dom er avsagt.

Tabell 5.4 viser pasientenes hoveddiagnoser ved inntak i prosjektet.²⁶ Den viser at hele 70 prosent hadde eller får en spesifisert diagnose ved inntak i ROP. Et flertall av disse var registrert enten med en psykotisk lidelse eller med en personlighetsforstyrrelse før behandlingen startet.

I underkant av 30 prosent av pasientene startet altså behandlingen i ROP uten en spesifisert psykiatridiagnose. Som det også fremgår av tabellen, var det en større

²⁶ Fafo hadde gjerne sett at vi hadde gode data over hvilke diagnoser pasientene ble henvist til prosjektet med. Basert på disse diagnosene kunne vi vurdert riktigheten av den utbredte forestillingen at svært mange av denne gruppen pasienter, av akuttavdelinger og andre, får diagnosen (forts. neste side...)

Tabell 5.4 Psykiatridiagnoser ved inntak, etter kjønn og alder. Absolutte tall og prosent (i parentes). N=116.

Psykiatridiagnose ved inntak	Alder			
	- 24	24–34	35–44	45–54
Psykotisk lidelse	4 (19)	18 (32)	13 (41)	2 (29)
Affektiv lidelse uten psykotiske symptomer	6 (29)	5 (9)	4 (13)	0
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	4 (19)	13 (23)	2 (6)	3 (43)
Nevrotiske lidelser	0	4 (7)	3 (9)	0
ADHD	0	1 (2)	0	0
Uspesifisert psyk. lidelse	7 (33)	15 (27)	10 (31)	2 (29)
Totalt	21 (100)	56 (100)	32 (100)	7 (100)
Psykiatridiagnose ved inntak	Kjønn			
	Menn	Kvinner	Totalt	
Psykotisk lidelse	26 (41)	11 (21)	37	(32)
Affektiv lidelse uten psykotiske symptomer	9 (14)	6 (11)	15	(13)
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	10 (16)	12 (23)	22	(19)
Nevrotiske lidelser	4 (6)	3 (6)	7	(6)
ADHD	0	1 (2)	1	(1)
Uspesifisert psyk. lidelse	14 (22)	20 (38)	34	(29)
Totalt	63 (100)	53 (100)	116	(100)

andel av kvinnene enn mennene som kom inn uten en spesifisert psykiatridiagnose. Blant de kvinnene som hadde en spesifisert diagnose ved inntak, var det en større andel med personlighetsforstyrrelser (31 prosent) enn det var blant mennene (16

(...) personlighetsforstyrrelse (som er eksklusjonskriterium ved mange behandlingsenheter) eller rustøst psykose (som legitimerer utskrivning fra akuttavdeling etter få dager). Diagnosefordelingen i tabell 5.4 er basert enten på diagnoser satt av andre enn teamet (i mange tilfeller henvisningsinstans) eller på diagnoser satt av teamet. Men uansett er det diagnoser slik de ble vurdert på det tidspunkt pasienten ble skrevet inn i prosjektet, enten av instanser utenfor ROP eller av ROP. Diagnosefordelingen gjengitt i dette kapittelet er kvalitetssikret ved en felles gjennomgang med prosjektets psykologspesialist i februar 2006. Vi har blitt enig om følgende gruppering av diagnoser, basert på ICD-10: Psykotiske lidelser (F20–F29), Affektive lidelser med psykotiske symptomer (F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3), Affektive lidelser uten psykotiske symptomer (alle andre fra F30–F39), Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F60–69, F07), Nevrotiske lidelser «angstlidelser» (F40–F48) og ADHD (F90–F98).

prosent), mens bare halvparten så mange av kvinnene (21 prosent) som blant mennene (41 prosent) hadde en psykosediagnose ved inntak. I tillegg er det verdt å merke seg at prosjektet rekrutterte få med ADHD-diagnose. Kun kvinner ble registrert med en slik diagnose ved inntak.

Mange av pasientene kom som vi har sett over, til prosjektet uten psykiatrisk diagnose. Intensjonen var at teamet på ROP skulle diagnostisere pasienten så raskt som mulig etter inntak, blant annet fordi dette dannet basis for løpende vurderinger av hvorvidt de rekrutterte og behandlet de rette pasientene. Videre ga det grunnlag for å vurdere de endringer som skjedde med pasientene i løpet av behandlingsperioden. ROP-teamet jobbet mye med diagnostisering av pasientene, ikke minst fordi diagnose utløser viktige rettigheter for pasientene og den mest adekvate hjelp fra det ordinære tjenesteapparatet. Teamet anså det som nødvendig å sette riktige diagnoser på pasientene. Mange av ROP-pasientene fikk f.eks. i løpet av sin tid i prosjektet innvilget Ung-ufør²⁷, blant annet takket være det utrednings- og dokumentasjonsarbeidet behandlerne nedla. Å kjenne diagnosen gir også et bedre utgangspunkt for samarbeid om hjelpetiltak for pasienter.

I praksis viste det seg at teamet brukte mye tid på å fastsette diagnose på pasientene, enten i form av diagnostiske intervjuer eller basert på kjennskap til og kliniske vurderinger av pasientens fremtreden og symptomer. I mange tilfeller tok det lang tid å etablere en tilstrekkelig allianse og tillit til at behandler mente et diagnostisk intervju er tilrådelig. Vel 30 pasienter (fra pasientpopulasjon 1) gjennomgikk et SCID-intervju (I og eventuelt II), og noen få gjennomførte et CIDI-intervju. De resterende har teamet i fellesskap gjort diagnostiske vurderinger av, basert på behandlerens kjennskap til pasienten og hans/hennes historie og symptomer.

Som det fremgår av tabell 5.4 over, hadde totalt om lag 20 prosent av pasientene en spesifisert personlighetsforstyrrelse ved inntak. Prosjektet har i perioder meddelt at disse pasientene til tider har vært svært ressurskrevende å håndtere i såpass åpne lokaler som ROP-Tøyen har. Problemstillinger knyttet til håndteringen av situasjoner skapt rundt disse pasientene, medførte at prosjektet om lag midtveis i prosjektperioden innførte en vaktordning i lokalene. Denne gruppen pasienter er ressurskrevende, og medførte i følge prosjektledelsen en lavere inntaksfrekvens enn forventet.

²⁷ Betegnelse på type uførepensjon med høyere månedlig takst, og som gis til de som kan påvises å tilfredsstille kriteriene til uføretrygd før fylte 24 år.

Hans, 23 år

Hans ble henvist fra primærlege i november 2000. Familien hadde lenge prøvd å finne et tilbud til Hans, men hadde opplevd avslag fra psykiatrien på grunn av for mye rus og avslag fra rusfeltet på grunn av for mye psykiatri.

Hans hadde søkt MARIO for substitusjonsbehandling med metadon/Subutex, men hadde fått avslag fordi han var for ung. Hans er født i 1977.

Mor hadde også undersøkt mulighetene for å få Subutex i Frankrike, og hadde fått både sosialkontor og primærlege til å skrive et introduksjonsbrev på engelsk angående situasjonen til Hans.

Hans er yngst av to brødre, og kom til Norge som fireåring. Han har fullført niårig skole og så vidt begynt på videregående. Aktiv i basket, men begynte å ruse seg tidlig i tenårene og droppet ut av idrettsmiljøet. Sniffing, alkohol, cannabis, LSD, ecstasy og amfetamin + en del piller. Han sa selv at han begynte å føle seg annerledes i denne perioden.

16 år gammel ble han tvangsinnlagt på rusinstitusjon av barnevernet og fullførte et opphold der på cirka 18 måneder. Nytt opphold på rusinstitusjon fra han var om lag 18 år, stakk av etter elleve måneder. Uttrykte mye bitterhet mot rusinstitusjonen, beskrev oppholdet (særlig det siste) som en «sjelelig voldtekt», dette gjaldt mest gruppebehandlingen. «Sjela ble skutt», «har ingen sjel lenger», «mistet meg selv». Det var under oppholdene her han ble introdusert for og lærte å bruke heroin.

I 1997 hadde han en kortvarig innleggelse i psykiatrisk avdeling med en stoffutløst psykose.

Utover i 1998 var han svært aktiv som rusmisbruker og finansierte sitt misbruk blant annet med ran av kiosker og bensinstasjoner. Ble varetektsfengslet i august 1998 og satt seks uker på brev- og besøksforbud. Ute en måned, før han ble varetektsfengslet på nytt frem til saken kom opp. Sonet frem til januar 2000 da han slapp ut på prøve, jevnt misbruk utover året finansiert på forskjellige måter, dog uten ran eller liknende.

Den eldre broren hadde giftet seg og hadde fått en datter. Kona hans nektet imidlertid at datteren skulle komme på besøk så lenge Hans bodde hjemme og ruset seg. Dette var svært sårt for de nybakte besteforeldrene. Mor leste om «Prosjekt Rus og Psykisk lidelse» i avisen, og tok kontakt høsten 2000.

Rusdiagnoser ved inntak

ROP-prosjektet hadde kombinasjonsproblematikk og samspill mellom rusmisbruk og psykiske lidelser som sitt hovedområde. I henhold til inntakskriteriene skulle personen ha hatt et minst toårig alvorlig rusavhengighetsproblem for å være i prosjektets målgruppe. Hvilke rusdiagnoser var det så som dominerer blant pasientene når de ble tatt inn i prosjektet?

Tabell 5.5 viser at nesten 30 prosent av pasientene som ble skrevet inn i prosjektet, kom uten en spesifisert rusdiagnose, eller startet behandlingen uten at ROP-teamet var sikre på hvilke rusmidler som dominerte pasientens rusmisbruk. 18 prosent av pasientene ble skrevet inn eller ble tildelt en opiattdiagnose av ROP-teamet. 35 prosent hadde en blandingsmisbruksdiagnose. Kun to prosent av pasientene ble skrevet inn med en alkoholdiagnose.

Om lag 20 prosent av mennene og 15 prosent av kvinnene ble diagnostisert som opiattmisbrukere ved innskriving. Om lag 30 prosent av begge kjønn kom inn i prosjektet uten noen rusdiagnoser, mens nesten 40 prosent av mennene og vel 30 prosent av kvinnene hadde en blandingsmisbruksdiagnose ved inntak. I henhold til inntaksdiagnosene var altså andelen med opiattmisbruk og blandingsmisbruk noe

Tabell 5.5 Rusdiagnose ved inntak, etter aldersgruppe og etter kjønn. Absolutte tall og prosent (i parentes). N=116.

Rusdiagnose ved inntak	Alder			
	- 24 år	24–34 år	35–44 år	45–54 år
Ingen diagnose	9 (43)	12 (21)	10 (31)	2 (29)
Alkohol	0	1 (2)	0	1 (14)
Opiater	3 (14)	11 (20)	6 (19)	1 (14)
Sedativa	0	2 (4)	1 (3)	0
Andre stimulanter	1 (5)	8 (14)	6 (19)	1 (14)
Multiple stoffer	8 (38)	22 (39)	9 (28)	2 (29)
Totalt	21 (100)	56 (100)	32 (100)	7 (100)
Rusdiagnose ved inntak	Kjønn			
	Menn	Kvinner	Totalt	
Ingen diagnose	17 (27)	16 (30)	33 (28)	
Alkohol	1 (2)	1 (2)	2 (2)	
Opiater	13 (21)	8 (15)	21 (18)	
Sedativa	0	3 (6)	3 (3)	
Andre stimulanter	7 (11)	9 (17)	16 (14)	
Multiple stoffer	25 (40)	16 (30)	41 (35)	
Totalt	63 (100)	53 (100)	116 (100)	

lavere blant kvinner enn blant menn ved inntak i prosjektet. Det er for øvrig ingen store forskjeller mellom kvinner og menn. Uavhengig av kjønn ser vi at det var de yngste som i størst grad kommer til prosjektet uten rusdiagnose. Dette gjelder hele ni av de 21 pasientene som var under 24 år. Det er forøvrig kun i aldersgruppen 45–54 hvor alkoholrelatert rusdiagnose forekommer.

ROP-teamets kompetanse lå i at de hadde, og har fått i oppdrag å videreutvikle, kunnskap og praktisk kompetanse om sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser. Man vet etter hvert at bruk av rusmidler medfører en rekke psykiske symptomer. I tillegg vet vi at mange misbruker rusmidler som en måte å selvmedisinere liknende psykiske symptomer på. Ofte er det imidlertid vanskelig å avgjøre hva som kom først og sist av symptomer og rusbruk. Vi vet også at rusmidler kan ha en (kortsiktig) positiv effekt på enkelte psykiske symptomer, mens de har en negativ virkning på lengre sikt. Hvilke kombinasjoner var det som dominerte i ROP-prosjektets pasientgruppe?

Lene 22 år

Lene er født og oppvokst i Oslo. Bodde sammen med begge foreldrene og en yngre søster til foreldrene skilte seg da hun var ni år. Hatt god kontakt med foreldrene i oppveksten, spesielt med mor, da hun etter skilsmissen hadde hovedomsorgen for Lene og søsteren. Lene beskriver seg selv som utadventt og sosial, var flink på skolen og god i idrett. Har ifølge mor alltid hatt problemer med konsentrasjonen, og med å forholde seg til strukturer og orden. Hatt problemer med å være i større grupper. Begynte i 13-årsalderen å tvile på egen identitet, røykte hasj og prøvde også kokain og ecstasy. Virket etter hvert deprimert, hadde voldsomme aggresjonsutbrudd og mistet interesse for skolearbeid. Vanket i et miljø med mye rus. Samtaler og familiesamtaler med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Gjennomførte halvannet år på videregående skole, men følte seg utilpass. Da hun var 17 år, fremsto hun som veldig deprimert og snakket om selvmord. Hadde i denne perioden kontakt med DPS. Hadde et alvorlig selvmordsforsøk, som førte til et langt opphold i psykisk helsevern og et lengre opphold på somatisk sykehus og rehabiliteringssenter.

Aktuelle rusmidler er cannabis. Lene har en depresjonsdiagnose, en uspesifisert personlighetsdiagnose samt lidelse som skyldes bruk av cannabinoider.

Lene har vært tre ganger i akuttpsykiatrien, da hun var 17, 18 og 19 år. 1. og 2. opphold i 8 måneder. 3. gang i 2 døgn. Ble innlagt fra somatisk avdeling etter behandling for suicidforsøk. Opplevs som alvorlig deprimert, med psykotiske trekk. Ble innlagt igjen etter behandling av fysiske skader, da hun begynte å bli

forts. neste side

dårligere. Hadde da en kortere psykotisk periode. Røykte en del hasj og brukte ved et par anledninger kokain under oppholdet. Ble skrevet ut ved 2. innleggelse på grunn av hasjrøyking, og gjentatte avtalebrudd med avdelingen og trusler mot personalet og avdelingen.

(ROP-Tøyen 2004)

Psykiske reaksjoner ved rusmiddelmisbruk²⁸

Vi vet i dag at mennesker er født med ulik grad av sårbarhet for psykiske lidelser, og at mange faktorer vil være avgjørende for eventuell utvikling av slike lidelser. Livshendelser generelt og fremfor alt store påkjenninger har stor betydning i en slik utvikling. Rusmiddelmisbruk kan være en annen risikofaktor, hvor både livsstil som misbruker og stoffenes kjemiske virkning på sentralnervesystemet kan bidra til utvikling av psykiske lidelser. Rusmiddelmisbruket inndeles i kategoriene avhengighet og skadelig bruk. Det vil imidlertid i noen grad være individuelt hvilke type rusmiddelmisbruk som er alvorlig eller mindre alvorlig.

Angst og panikkreaksjoner er i henhold til kunnskap på feltet ett av flere symptomer som kan oppstå både etter lang tids bruk av amfetamin, cannabis (hasj) og opiat (i tillegg til LSD), og som seinvirkninger av ecstasy og som symptomer i alkoholbakrus. I tillegg vet vi at depresjon kan være langtidsvirkning av både cannabis, opiat og amfetamin. Vi vet også at rusvirkningene i seg selv kan ligne på symptomer på ulike psykiske lidelser. Noen av langtidsvirkningene av bruk av cannabis kan tilsynelatende forveksles med negative symptomer ved schizofreni (Bratteteig, Hove og Aakerholt 2002:25).

Dette er bare noen eksempler til illustrasjon av kompleksiteten i samspillet mellom rus og psykiske lidelser og symptomer. I tillegg kan symptomer på psykose utløst av for eksempel cannabis og amfetamin være vanskelig å skille fra symptomer på schizofreni. Videre er det stor diskusjon og uenighet om hvorvidt disse stoffene kan utløse funksjonelle psykoser, og i så fall om disse i forløp, biokjemi eller symptomatologi skiller seg fra schizofreni.

Bratteteig, Hove og Aakerholt 2002

²⁸ Denne presentasjonen er sakset fra «Rusa eller gal?». Sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser utgitt av stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (Bratteteig, Hove og Aakerholt 2002).

Tabell 5.6 Psykiatridiagnoser ved inntak, etter rusdiagnose ved inntak. Absolutte tall og prosent (i parentes). N=116.

Psykiatridiagnose ved inntak	Rusdiagnose ved inntak			
	Ingen diagnose	Alkohol	Opiater	Sedativa
Psykotisk lidelse	6 (18)	1 (50)	8 (38)	1 (33)
Affektiv lidelse uten psykotiske symptomer	0	0	4 (19)	0
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	1 (3)	1 (50)	3 (14)	1 (33)
Nevrotiske lidelser	1 (3)	0	4 (19)	1 (33)
ADHD	0	0	0	0
Uspesifisert	25 (76)	0	2 (10)	0
Totalt	33 (100)	2 (100)	21 (100)	3 (100)
Psykiatridiagnose ved inntak	Rusdiagnose ved inntak			
	Andre stimulanter	Multiple stoffer	Totalt	
Psykotisk lidelse	6 (38)	15 (37)	37 (32)	
Affektiv lidelse uten psykotiske symptomer	1 (6)	10 (24)	15 (13)	
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	3 (19)	13 (32)	22 (19)	
Nevrotiske lidelser	0	1 (2)	7 (6)	
ADHD	1 (6)	0	1 (1)	
Uspesifisert	5 (31)	2 (5)	34 (29)	
Totalt	16 (100)	41 (100)	116 (100)	

Dersom vi ser på sammenhengen mellom psykiatri- og rusdiagnoser, fremkommer det at psykosediagnose var jevnt fordelt blant alle med en rusdiagnose ved inntak. Men i alt 76 prosent av dem som kom inn uten rusdiagnose, hadde heller ingen spesifisert psykiatridiagnose ved inntak. Hele 29 prosent av dem som ble skrevet inn i prosjektperioden, hadde verken en spesifisert rusdiagnose eller en spesifisert psykiatridiagnose.

Debutalder, rusbruk og tidligere behandling blant pasientene

ROP-teamet har samlet inn varierende mengde data fra rusdelen av ASI-intervjuet for i alt 64 av pasientene. 54 av disse har gitt samtykke slik at vi kan benytte skje-maene som datagrunnlag. Vi har altså informasjon fra rusdelen i ASI om noe un-

Tabell 5.7 Debutalder for ulike rusmidler og injisering, samt antall overdoser, rus- og psykiatriske behandlinger, etter populasjon og kjønn. Data fra rusdelen av ASI for 54 pasienter. Median verdi, gjennomsnittlig verdi, laveste og høyeste registrerte verdi (debutalder og antall overdoser og behandlinger hittil i livet), samt totalt antall overdoser og behandlinger.

	Debutalder							Antall (hittil i livet)		
	Alkohol/-cannabis	Benzo-preparater	Amfetamin /sentral-stimulerende	Smerte-stillende	Heroin	Vedlike-holds-behandling	Sprøyte	Overdoser	Rusbehandlinger	Psykiatriske behandlinger
Pasientpop. 1 (innskrevet 2001&2002)	14		17	17	19				4	2.5
Pasientpop. 2 (innskrevet 2003 -)	14	15	15.5	16	17.5	30	17	3	10	2
Menn	14	14.5	17	17	19	25	17	5	9	2
Kvinner	13	17	16	16	17	32	17	1.5	2	2
For alle pasientene:										
Median alder/antall	14	15	16.5	16.5	19	30	17	3	6	2
Gj.snittlig alder/antall	15	16	17	18	20	29	17	4	12	5
Laveste reg. alder/antall	8	12	9	9	9	20	13	0	0	0
Høyeste reg. alder/antall	39	23	26	34	41	34	23	12	70	35
Samlet antall								51	546	237
N										
Alle	50	13	48	44	51	12	12	13	47	46
Pop. 1	33	0	30	31	31	0	0	0	34	34
Pop. 2	17	13	18	13	20	12	12	13	13	12
Menn	32	6	31	29	32	7	7	7	31	30
Kvinner	18	7	17	15	19	5	5	6	16	16

der halvparten av ROP-prosjektets pasienter. Basert på informasjon fra ROP-teamet er det grunn til å anta at de data som presenteres under ikke er representative for ROP-pasientene som gruppe. Dette fordi det er stor sannsynlighet for at de dårligste pasientene er de som verken har skrevet samtykke eller gjennomført hele eller deler av ASI-intervjuet.

På bakgrunn av ASI-intervjuene viser det seg at pasientene i ROP-prosjektet har til dels ulik rushistorie. Som det går frem av tabell 5.7, er spredningen i debutalder stor, og varierer fra en pasient som debuterte med alkohol og/eller cannabis som 8-åring, og en pasient som debuterte på heroin som 41-åring. Det pasientene har felles, er at de fleste debuterte med alkohol, uavhengig av når debuten skjer. Halvparten debuterte med alkohol som 14 åringer eller tidligere. Den typiske debutalderen for heroin er 19 år. Separate analyser av dette materialet viser at hele 63 prosent av pasientene debuterte med rusmidler før de fylte 15 år. Analysene viser ikke betydelige kjønnsforskjeller på dette området, og det ser også ut til at det er samme tendensen både i den gruppen som var til behandling de første årene, og de som var til behandling ved prosjektets avslutning.

Rusdelen i ASI gir også informasjon om pasientenes egenrapporterte rusbruk siste 30 dager. På grunn av måten behandlerne har fylt ut ASI-skjemaet på, kan vi dessverre ikke skille mellom det å mangle data og det å ha oppgitt at rusmiddelet ikke er benyttet siste 30 dager. Dermed kan vi kun si noe om hvor mange av de 54 pasientene som har oppgitt å ha benyttet det aktuelle rusmiddelet i perioden, og hva spredningen i bruk blant disse pasientene er.

Tabell 5.8 Bruk av ulike rusmidler siste 30 dager. Fra rusdelen av ASI for 54 pasienter. Antall, andel, gjennomsnitt og median.

	Alkohol /cannabis	Heroin	Smerte- stillende	Benzo- preparater	Amfeta- min
Antall som oppgir bruk siste 30 dager	18	24	21	7	25
Andel av de 54 som oppgir bruk siste 30 dager	33 %	44 %	39 %	13 %	46 %
Gjennomsnittlig antall dager bruk siste 30 dager	6,1	13,0	12,8	21,6	13,0
Median antall dager bruk siste 30 dager	3	8,5	7	30	10
Minste oppgitte antall dager	1	1	1	3	1
Maksimum oppgitte antall dager	30	30	30	30	30
Maksimum oppgitte antall dager	30	30	30	30	30

For ni av de 54 pasientene har vi ikke registrert bruk av noen de registrerte rusmidlene, men vi vet ikke om dette betyr at de ikke har benyttet dem, eller om de ikke har svart på spørsmål/blitt spurt om dette. Separate analyser viser at over 80 prosent av disse 54 pasientene har oppgitt at de har benyttet én eller flere av disse rusmidlene siste måned, og til sammen 31 pasienter (57 prosent) oppgir at de har benyttet flere typer rusmidler siste 30 dager. Det er tydelig at rusbruken blant pasientene er utstrakt. Nettopp denne utstrakte rusbruken, kombinert med det symptomtrykket pasientene har, er kjernepunktet i utfordringen med å jobbe med gruppen, og viser vel også at å forlange rusfrihet før behandling med all tydelighet er problematisk for personer med en slik rusprofil på gruppenivå. Forøvrig er antakelig de mål vi har på rusbruk her antagelig alt for lave i forhold til pasientgruppen som helhet og behandlingsperioden deres, ettersom ASI neppe ble gjennomført i de for den enkelte pasient tyngste periodene rusmessig, og heller neppe ovenfor de pasientene med tyngst misbruk overhodet.

Pasientenes egenrapporterte behandlingshistorie

ROPs pasientgrupper faller mellom alle stoler i behandlingsapparatet (St.meld. nr. 25 (1996–97)). Dette skjer på to måter. Den ene er at de ikke tilbys behandling, fordi de alltid ekskluderes fra behandlingsinstitusjonenes inntakskriterier. Den andre er at de skrives inn i behandlingsinstitusjoner, men skrives raskt ut igjen med begrunnelsen at de ikke passer inn. Det kan derfor antas at pasientgruppen i ROP kunne deles i to ulike grupper: Den ene gruppen ville ikke ha behandlingsopphold forut for ROP-Tøyen, den andre ville ha svært mange behandlingsopphold. På bakgrunn av hvem som eventuelt faller i den ene eller andre gruppen, er det interessant å se hvorvidt dette samvarierer med andre kjennetegn ved pasientene. Er det for eksempel slik at kvinner tilbys behandling i rusomsorgen, mens menn behandles i psykiatrien?

Hvis vi vender tilbake til tabell 5.7 har vi med utgangspunkt i ASI-intervjuene slått sammen ulike typer rusbehandling til en samlekategori. Denne omfatter blant annet poliklinisk avrusing, avrusing i institusjon, vedlikeholdsbehandling, og dagtilbud. Det var i alt 39 av de 54 pasientene som oppga at de hadde deltatt i/mottatt en eller annen form for rusbehandling. Elleve var kvinner og 28 var menn. De fleste av de Tøyen-pasientene som gjennomførte hele eller deler av ASI-intervjuet, har altså mottatt behandling for sitt rusmisbruk før de ble innskrevet i prosjektet. De 39 pasientene oppgir til sammen nesten 550 behandlingsopphold. Men, det mest oppsiktsvekkende, er kanskje at ikke alle har vært til en eller annen type avrusing/rusbehandling. 15 av pasientene har ikke mottatt behandlinger i russektoren i det hele tatt før inntak i ROP. Dette gjelder for 31 prosent av kvinnene, og for 10 pro-

sent av mennene. Dette må anses som høye tall, tatt i betraktning den gjennomsnittlige lave debutalder og rusmiddelmisbrukets alvorlighet.

Den typiske ROP-pasienten vi har data på hadde mottatt seks behandlinger i rusomsorgen. Variasjonen er stor: Noen har vært til behandling kun én gang. En pasient oppgir 70 behandlinger. Det var altså både gjengangere i behandlingsapparatet og de som av ulike grunner enten ikke selv har søkt hjelp eller som ikke har fått tilbud om hjelp i pasientgruppen. Mennene hadde i større grad enn kvinnene bakgrunn fra behandlingsapparatet.

I tabell 5.7 kan vi også se at i alt 38 (12 kvinner og 26 menn) av de 54 pasientene som gjennomførte hele eller deler av ASI-intervjuet har rapportert at de har vært til en eller annen type av psykiatrisk behandling før innskriving i ROP. Til sammen har de oppgitt nesten 240 behandlinger, og pasientene har i gjennomsnitt mottatt fem behandlinger hver. Dette er altså langt færre enn antall behandlinger i rusomsorgen. Den typiske pasient har hatt to behandlingsopphold i psykiatrien. Analyser viser at 15 prosent av pasientene oppgir ikke å ha behandlingsopphold i psykiatrien før innskriving i ROP. Dette gjelder for 25 prosent av kvinnene, og for 13 prosent av mennene.

Analyser av datamaterialet viser at det helt klart vanligste blant ROPs pasienter var å ha hatt kontakt med *enten* rusomsorgen eller psykiatrien før de skrives inn i ROP. Blant disse 54 pasienter var det ingen av mennene og kun én av kvinnene som verken hadde behandlingsopphold i rusomsorg eller innen psykisk helsevern før inntak i ROP. Vi får heller ikke bekreftet at ROPs pasientgruppe ble dominert av dem med hyppige behandlingskontakter med rusomsorg og psykisk helsevern. Vi finner det igjen nødvendig å minne om at våre analyser her er basert på kun 54 av i alt 116 pasienter, og at det meget vel kan være slik at en av grunnene til at vi ikke har samtykke fra/mangler informasjon om de resterende 62, er at de er de dårligste av ROPs pasienter. Om data for disse ville pekt i retning av hyppige eller ingen behandlingskontakt, vet vi ikke. Det er imidlertid vært å merke seg at kvinnene i større grad enn mennene ikke har hatt slik kontakt før inntak i ROP.

5.4 Funksjons- og symptomnivå ved inntak

Innenfor samme diagnosekategorier er det forskjellige forløp av sykdommen. Forskjellene kan for eksempel dreie seg om mengde av symptomer, og intensiteten av disse. Det kan være variasjoner i hvordan personer mestrer symptomene, seg selv og sin sosiale situasjon. Behov og evne til å nyttiggjøre seg forskjellig hjelp, støtte og involvering fra andre varierer dermed mye innenfor en og samme diagnosegruppe,

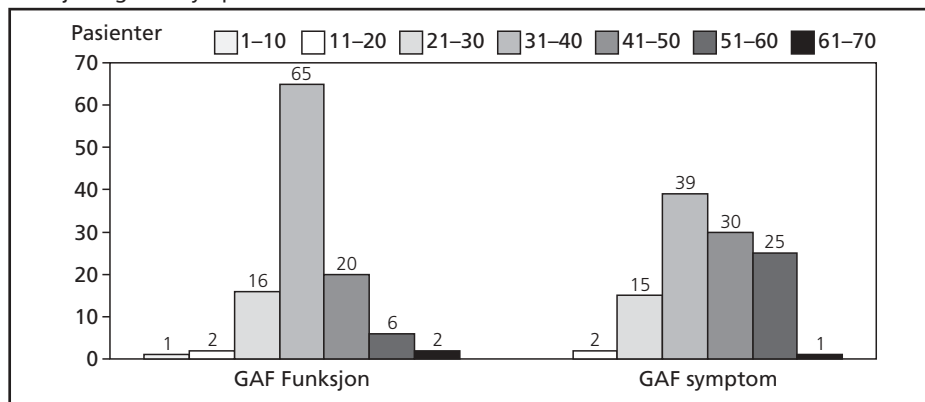
avhengig blant annet av symptomtrykk og funksjonsnivå. For ROP-prosjektets målgruppe hevdes det blant fagfolk i Norge at funksjonsmål er viktigere enn diagnose når det gjelder vurdering av hjelpe- og behandlingsbehov. Dette var derfor sett på som svært relevante mål, både som arbeidsredskap for ROP-teamet ved pasientens innkomst i prosjektet, som verktøy for kommunikasjon mellom ROP og omgivelsene i samarbeidet rundt pasientene, og ved overføring etter endt behandlingstid i ROP.

Alle pasienter som tas inn til behandling ved psykiatriske behandlingsinstitusjoner i Norge, blir gitt en funksjons- og symptomskåre, en såkalt GAF-verdi. Dette gjøres både ved innskriving og utskriving. Ved innskriving i ROP-prosjektet ble da også pasientenes funksjonsnivå fastsatt ved hjelp av en GAF-skala, inndelt i henholdsvis en funksjonsskala (GAF-F) og en symptomskala (GAF-S). Skalaverdiene i GAF går fra 1 til 100. Jo høyere skåre, jo bedre fungering. GAF er dermed et tallfestet mål på en persons fungering på et gitt tidspunkt.

Skalaverdiene er inndelt i intervaller fra 1–10, 11–20 og så videre opp til 100. Et GAF-nivå på 50 markerer en verdi der intensitet, art og mengde av symptomer, sammen med pasientens sosiale funksjonsnivå, antas å nødvendiggjøre psykiatrisk behandling, mens et GAF-nivå på 40 markerer grense for psykose og behov for døgntilrettelagt behandling.

I denne rapporten bruker vi GAF på to måter. For det første som en beskrivelse av ROP-pasientenes funksjons- og symptomnivå på to tidspunkter, henholdsvis ved innskriving og ved utskriving, samt som endringsmål ved å sammenligne «inn-GAF» med «ut-GAF». For ikke-medisinere er GAF en noe abstrakt, teknisk og komplisert beskrivelse av pasienter, men siden dette er det eneste internasjonale målet som kan benyttes til å måle endring i behandlingsperioden for pasientene i ROP-prosjektet, velger vi å benytte dette målet i rapporten.

Figur 5.4 GAF-skåre ved innskriving i ROP. Pasientenes fordeling i skåringsgrupper for GAF-funksjon og GAF-symptom. Absolutte tall. N=112.

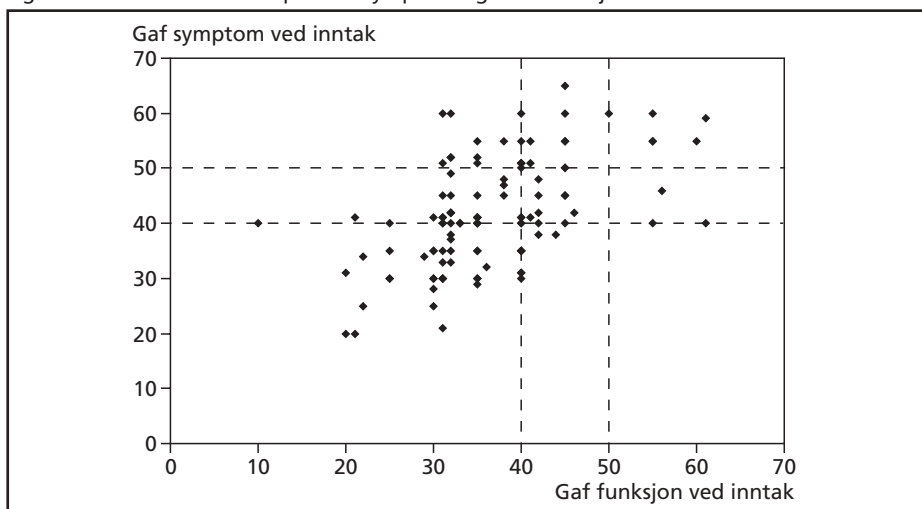


Det fremgår av figur 5.4 at 93 prosent (105) av pasientene hadde en GAF-F-verdi ved innskriving i prosjektet som indikerer alvorlig svikt på minst ett område. 18 prosent (20 pasienter) skåret så lavt på GAF-F-skalaen at de kan antas å ha hatt manglende funksjonsevne på nesten alle områder (det vil si at de skårer 30 eller). Skårene på GAF-S-delen av skalaen var generelt noe høyere for pasientgruppen, men også her var det 77 prosent (87 pasienter) som skåret under 50. De kan karakterisert som pasienter med alvorlige symptomer. 50 prosent av pasientene hadde ved inntak en GAF-S-skåre på 40 eller lavere (50 pasienter), et nivå som markerer overgangen til psykose. Det var generelt små forskjeller mellom kvinner og menn på disse målene. Knytter vi derimot GAF-verdiene til alder, ser vi en positiv sammenheng med symptomskalaen. Dette innebærer at det tyngste symptomtrykket var å finne blant de yngste aldersgruppene.

Av fordelingen over ser vi at ROP-teamet vurderte to av pasientene til å ha et funksjonsnivå på 60 og høyere, et funksjonsnivå som isolert sett kan sies å markere at personen er utenfor prosjektets målgruppe. Her har teamet muligens etter en totalvurdering av pasientens livssituasjon og eventuelle symptomtrykk, allikevel vurdert personen som svært forkommen og hjelpetrengende.

I diagrammet i figur 5.5 har vi markert henholdsvis GAF-F- og GAF-S-verdiene 40 og 50 med stiplede linje. På denne måten fremtrer tre «grupper» av pasienter som spesielt interessante; de med funksjonsverdi mellom 40 og 50 (som er lavt) og symptomverdier mellom 40 og 60, den andre gruppen med både funksjons- og symptomverdier mellom 40 og 50, og den siste gruppen som hadde både funksjons- og symptomverdier høyere enn 50. Hva skjer med disse pasientene i løpet av behandlingstiden, hvilken ut-GAF fikk disse? Dersom pasientene skårer vesentlig

Figur 5.5 Pasientenes skåre på GAF-symptom og GAF-funksjon ved inntak i ROP. N=112.



høyere på funksjonsskalaen, er dette et mål som kan tas til inntekt for positiv effekt av behandlingstiden i ROP.

5.5 Beskjeftigelse og sosial kontakt

Så langt har vi brukt data som sier noe om kjennetegn ved pasientene slik teamet har dokumentert disse ved pasientenes inntak i ROP-prosjektet. Data som presenteres under er derimot innhentet ved hjelp av et spørreskjemaet Strauss Carpenter Level of Functioning Scale som ble tilsendt behandlerne fra Fafo. Fordi det ikke finnes andre kilder til informasjon om pasientenes tilknytning til arbeidsliv og opplevelse av sosiale relasjoner, har vi valgt å bruke disse data i presentasjonen av sentrale kjennetegn ved pasientene som gruppe.

Som påpekt i kapittel 2 fylte behandlerne ut Strauss Carpenter for den første pasientgruppen som ble tatt inn til behandling i ROP. Skjemaet et registrerte pasientenes arbeid/beskjeftigelse, og kontakt med venner siste året før innskriving. Behandlerne fylte ut skjemaet for alle de 39 av pasientene som den gang hadde samtykket i å delta i den delen av ROP-prosjektet som dreide seg om innhenting av data til forskningsformål.²⁹ Dette viser at de aller fleste pasientene ved ROP (det inkluderer alle de kvinnelige pasientene) ble vurdert som ute av stand til å arbeide. Dette er i overensstemmelse med en studie av psykiatriske langtidspasienter fra Trondheim som viste at ingen av pasientene hadde ordinært heltidsarbeid. Andelen som hadde lønnet deltidsarbeid var om lag én prosent (SINTEF/Unimed 2/1999). I pasientgruppen i Trondheim var gjennomsnittsalderen ti år høyere enn ROPs pasienter.

Tabell 5.9 Meningsfull beskjeftigelse siste år, etter kjønn. Absolutte tall for 36 pasienter fra første populasjon (inntak 2001 og 2002).

Beskjeftigelse	Kjønn		Totalt
	Menn	Kvinner	
Ingen meningsfull beskjeftigelse	13	7	20
Meningsfull beskjeftigelse mindre enn halvparten av året	6	3	9
Beskjeftiget del- eller fulltid halvparten av året	4	-	4
Beskjeftiget mer enn halve året, men ikke kontinuerlig	1	1	2
Kontinuerlig beskjeftiget	1	-	1
Sum/Totalt	25	11	36

²⁹ Resultatene er også presentert i Fafos midtveisrapport fra evalueringen av ROP (Øverås 2003).

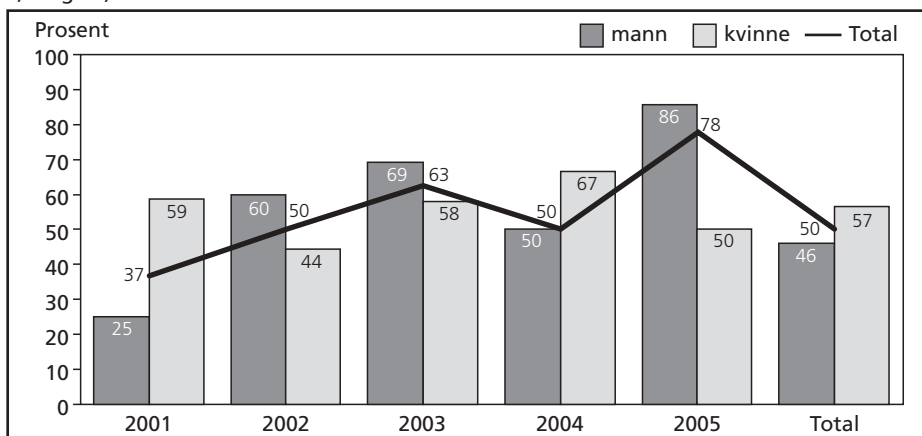
I tillegg til arbeidsdeltakelse har behandlerne i Strauss Carpenter angitt pasientenes situasjon med hensyn til hvorvidt de har hatt «meningsfull beskjeftigelse» det siste året. Her er bildet noe mer nyansert enn for arbeid. Selv om over halvparten av pasientene ikke hadde hatt noen form for meningsfull beskjeftigelse, er det 16 pasienter som hadde en eller annen form for beskjeftigelse deler av det siste året. Meningsfull beskjeftigelse kan for eksempel være deltakelse på dagtilbudene ved Tøyen DPS, skoletilbud, faste treningstider i Aktiv på Dagtid og så videre.

5.6 Pasientenes boligsituasjon

ROP-teamet hadde mye oppmerksomhet rettet mot pasientenes livskvalitet, og betydningen av nære behov som bolig, økonomi, arbeid/trygd og sosiale relasjoner. En av teamets arbeidsoppgaver var i prosjektskissen beskrevet å være dokumentasjon og påvirkning for gode boligløsninger. Pasientenes boligsituasjon var dermed et viktig kriterium ved vurdering av inntak i ROP.

Lov om sosiale tjenester pålegger sosialkontorene å finne midlertidig husvære til personer som ikke har noe sted å bo. I årene før og under oppstarten av ROP hadde hospits i mange år vært løsningen. For mange viste det seg imidlertid at hospitsløsningen ble mer enn en midlertidig bolig. Den kommunalt utnevnte Blinge-gruppen anslo at det i 1998 til enhver tid bodde 1000 personer på hospits i Oslo (Dyb 2005:17). I 1999 vedtok bystyret i Oslo å stille et minimum av kvalitetskrav til de hospitsene kommunens sosialtjeneste benyttet (bystyresak 425/99). Etter 1999 skjedde en gradvis reduksjon ved at for eksempel Bydel Grünerløkka reduserte antall personer som i gjennomsnitt til enhver tid brukte hospits, fra cirka 120 i 2000 til fem i 2004 (Dyb 2005:17). Så vidt oss bekjent var det bare Nattergalen, drevet av Kirkens Bymisjon på St. Hanshaugen, som i 1999 fungerte som permanent botilbud for aktive rusmisbrukere med store psykiske lidelser. Det mest systematiske arbeidet med å tømme hospitsene (blant annet for barnefamilier) synes ifølge Byggforsk (Dyb 2005) å være gjort i de indre bydelene, blant annet ved bruk av Oslo Indre Øst-midler. Dette er ROP-prosjektets kjernebydeler.

Figur 5.6 Andelen menn og kvinner som var registrerte uten fast bolig (UFB) ved inntak, etter inntaksår. 116 pasienter (andel av henholdsvis menn: 32, 5, 13, 6, 7 og 63, kvinner: 17, 9, 19, 6, 2 og 53). Prosent.



Tabell 5.10 Boligsituasjon ved inntak i ROP, etter pasientpopulasjon. Absolutte tall og prosent (i parentes). N=116.

Bolig ved inntak	Pasienter innskrevet 2000-02		Pasienter innskrevet 2003-05		Alle	
Egen bolig, eid eller leid	9	(14)	10	(19)	19	(16)
Bolig med tilsyn	8	(13)	3	(6)	11	(9)
Kommunal bolig	18	(29)	9	(17)	27	(23)
Bolig med familie	7	(11)	3	(6)	10	(9)
Hospits/hybelhus	19	(30)	27	(51)	46	(40)
Døgninstitusjon	2	(3)	1	(2)	3	(3)
Totalt	63	(100)	53	(100)	116	(100)

Samlet sett ble nøyaktig halvparten av alle ROPs pasienter registrert som uten fast bolig (UFB) ved innskrivingstidspunktet, men som vi ser av figur 5.6 steg andelen som var UFB ved inntak i prosjektet gjennom prosjektperioden. Sammenlikner vi pasientene som ble tatt inn i de to første årene, med de innskrevet fra 2003 og seinere, steg andelen som var UFB når de blir innskrevet fra 40 til hele 62 prosent. Ved å sammenlikne den registrerte bosituasjonen nærmere ser vi at det i de seinere år var vanligere at nye pasienter bodde på hospits eller hybelhus, enn hva som var tilfelle før 2003. Det var færre som hadde kommunal bolig, bolig med tilsyn, bolig med familie eller som bodde på institusjon av dem som ble tatt inn i prosjektet etter 2003, sammenliknet med dem skrevet inn før 2003.

Boligsosialt arbeid er en samlebetegnelse for tjenester og hjelp som gis for å skaffe og beholde boliger for vanskeligstilte. Innsatsen med å flytte folk ut av hospits er en

form for boligsosialt arbeid. Mye er gjort, og mange har flyttet over fra hospits til andre boligløsninger etter pålegget i 1999. Men så ikke for ROP-prosjektets målgruppe. Det tar tid å bygge og bemanne boligløsninger som kan huse personer med så sammensatte problemer og utfordringer som ROP-pasientene representerer. Oppsøkende tjenester i Bydel Gamle Oslo³⁰ er det eneste kommunale tiltaket i sitt slag i de tre sentrumsnære bydelene, mens Prosjekt bostedsløse kanskje i størst grad har vært nyttig for dem som trenger hakket mindre tilpassede løsninger enn det de av ROP-pasientene som var kategorisert som UFB³¹.

5.7 Sammenfatning

Gjennomgangen i kapittel 5 har vist at ROP-prosjektets pasienter, bortsett fra når det gjelder kjønnsfordelingen, var i overensstemmelse med den målgruppen prosjektet forespeilte seg. Målgruppen endret seg ikke seg vesentlig i løpet av prosjektperioden, men prosjektet har i perioder betonet viktigheten av å rekruttere flere yngre pasienter og å rekruttere flere kvinner. Dette betraktes av evaluator kun som prioriteringer og justeringer innenfor rammene av prosjektets målsettinger.

Gjennomgangen over har vist at ROP-pasientene som gruppe debuterer med alvorlig rusmisbruk i ung alder. Alderssammensetningen viser at mange utvikler alvorlige psykiske lidelser i ung alder. Hele 66 prosent av pasientene på innskrivings-tidspunktet var yngre enn 34 år, og 18 prosent var yngre enn 24 år. På bakgrunn av gjennomgangen over kan vi sammenfatningsvis kategorisere ROP-pasientene på følgende måte:

- 55 prosent av pasientene var menn og 45 prosent var kvinner. Dette innebærer at kvinnene var overrepresentert i ROPs pasientgruppe sammenliknet med antatt kjønnsfordeling i målgruppen (som var 70 prosent menn og 30 prosent kvinner). Vi kan foreløpig ikke fastslå hvorvidt dette skyldes at kvinnene hadde flere veier inn i prosjektet enn mennene, om de hadde dårligere alternative tilbud enn mennene, eller om det var prosjektet som prioriterte kvinnene særskilt. I kapittel 7 kommer vi tilbake til om det var ideologiske eller mer systembetingede årsaker til denne kjønnsfordelingen.
- Gjennomsnittsalderen var 32 år både for kvinner og menn.

³⁰ Dette tiltaket har vært en viktig samarbeidspartner for ROP-prosjektet i siste halvdel av prosjektperioden, et samarbeid som beskrives nærmere i kapittel 6.

³¹ Dette kommer vi nærmere tilbake til i kapittel 8.1

- 9 av 10 pasienter var født i Norge av norske foreldre.
- En tredel av pasientene hadde ingen spesifisert psykiatridiagnose ved oppstart i ROP. Av dem med spesifisert diagnose hadde om lag en tredel en psykotisk lidelse og 20 prosent en personlighetsforstyrrelse. Det var flere menn enn kvinner med psykosedidiagnose ved inntak, mens det var flere kvinner enn menn uten spesifisert diagnose og med en alvorlig personlighetsforstyrrelse ved inntak.
- I underkant av en tredel av pasientene startet i ROP uten en spesifisert rusdiagnose. Mer enn en tredel misbrukte multiple stoffer og nesten 20 prosent var opiatmisbrukere. Det var flere menn enn kvinner blant dem med blandingsmisbruk.
- Flertallet av pasientene debuterte som rusmisbrukere før fylte 15 år,³² og de fleste debuterte med alkohol.
- Tre firedeler av dem som startet behandlingen i ROP-prosjektet uten rusdiagnose, hadde heller ikke en spesifisert psykiatridiagnose.
- De aller fleste av ROPs pasienter har bostedsadresse i de tre sentrumsnære bydelene, men også St. Hanshaugen rekrutterer mange pasienter til prosjektet, noe Fafo vurderer har sammenheng med Prosjekt bostedsløse og deres lokalisering og arbeid i denne bydelen.
- ROP-pasientene preges av et svært lavt funksjonsnivå (75 prosent hadde GAF-F-verdi under 40). Selv om noen flere av pasientene hadde et bedre symptomnivå (50 prosent med GAF-S på 40 eller lavere), er det dominerende bildet at dette var en svært funksjonshemmet og hjelpeløs gruppe pasienter.
- De aller fleste av pasientene blir av behandlerne i ROP vurdert som ute av stand til å delta i det etablerte arbeidsliv. Flertallet av pasientene vi har data om hadde heller ikke hatt meningsfull beskjeftigelse siste år før inntak i ROP-Tøyen.
- Nesten 40 prosent av pasientene i ROP-prosjektet bodde ved inntak i prosjektet på hospits eller hybelhus. Nesten ti prosent bodde hjemme hos egen familie.
- Den typiske pasient vi har data om, hadde seks behandlingsopphold i rusomsorgen og to i psykiatrien bak seg da de ble tatt inn i ROP. Mennene hadde flere behandlinger i rusomsorgen bak seg enn kvinnene. Det er svært store variasjoner i hvilken grad pasientene har mottatt behandling i det tradisjonell behandlingsapparatet for rusmisbrukere og for psykisk syke.

³² Under forutsetning av at de knapt halvparten av pasientene (54 av 116 pasienter) som gjennomførte ASI på dette punktet, er representative for pasientpopulasjonen som sådan.

Del III Kjennetegn ved behandlingsteam og arbeidsform

ROP-prosjektets oppdrag fra Oslo kommune i 2001 var å sette sammen et tverrfaglig team. Gjennom rekruttering, behandling og viderehenvisning av pasienter skulle de utvikle en arbeidsform som gjennom prosjektperioden viste seg hensiktsmessig for pasienter, omgivelser og for teamet. Et sentralt aspekt ved teamets arbeid viste seg å bestå av samarbeid – internt og eksternt. Teamet skulle være tverrfaglig sammensatt, og de skulle jobbe med alle pasientenes behov, noe som fordret en utstrakt kontakt og samarbeid med det ordinære tjenesteapparatet. Sentrale spørsmål i evalueringen er hvordan ROP-teamet definerte og utførte dette oppdraget, og hva som preget teamets måte å jobbe på. Hvordan de organiserte det daglige pasientrettede arbeidet, hva som preget det interne og eksterne samarbeidet, og hva som viste seg å være viktige arbeidsoppgaver, er også sentrale spørsmål i evalueringen.

Del III består av to kapitler. Kapittel 6 tar for seg teamet; teamets faglige sammensetning og kompetanse, måten de organiserte det daglige arbeidet på og måter de tilrettela dette arbeidet med henblikk på tilgjengelighet for pasienter og samarbeidsinstanser. I kapittel 7 er tema samhandling og samarbeid med omgivelsene. Her bruker vi data om pasientenes vei inn og ut av prosjektet. Pasientgjennomstrømningen er et viktig kjennetegn ved ROP-teamets måte å jobbe på, ikke minst deres kontakt og samhandling med omgivelsene.

6 Teamets interne organisering, kompetanse og arbeidsoppgaver

I Tøyen-prosjektets prosjektbeskrivelse ble teamets oppbygning og arbeidsoppgaver beskrevet på følgende måte:

- Teamets fokusering skulle i stor grad være på tilgjengelighet, og på at det skulle drives intenst arbeid med en tallmessig begrenset gruppe pasienter.
- ROP- teamet skulle være et team med åtte kliniske medarbeidere, med samlet høy kompetanse innen kombinasjonsproblematikken rus/alvorlig psykisk lidelse.
- Det pasientrettede arbeidet skulle være faseinndelt, med en kontaktoppbyggingsfase, en fase med fokusering på dialog om rus og psykisk lidelse, og deretter en fase hvor man søkte målsettinger for den enkelte samt drev aktivt endringsarbeid. Fjerde og siste fase skulle fokusere på forebygging av tilbakefall og relasjonsbygging med mer.
- Pasientene skulle oppsøkes der de befant seg, både i kontaktoppbyggingsfasen og seinere. Det skulle legges arbeid i å finne dem – ute, i fengsel, på sykehus, hospits og liknende. Om nødvendig skulle man treffe pasientene flere ganger per uke. Det skulle arbeides turnus med noe tilgjengelighet på kveldstid og i helger.
- Pasientene skulle i størst mulig grad kjenne alle teammedlemmene, slik at teamet kunne dekke opp for hverandre og for hele pasientgruppen.
- Det skulle foretas en grundig evaluering av pasientens utvikling og behandlingsplan minst hvert halvår. Avslutning av kontakten skulle skje på pasientens initiativ. Kontakten skulle ha et langsiktig perspektiv.
- Det skulle arbeides med og undervises i konsepter som «Rusfrihet», «Enhver reise begynner med det første skritt», «Jeg kan ikke klare det alene, men bare jeg alene kan klare det», «Å akseptere uten å resignere». Det skulle også utarbeides symboler og ritualer som er egnet til å skape tilknytning (for eksempel feiringer, måltider og liknende). Det skulle arbeides for å etablere grupper innen pasientgruppen.

- Det skulle drives systematisk kartlegging og forskningsoppfølging, og teamet skulle prøve ut ulike diagnostiske kartleggingsinstrumenter.
- Man skulle dokumentere og påvirke for å få i stand gode boligløsninger.
- Man skulle arbeide i psykisk helsevern, i institusjoner og tiltak innen rusomsorgen for å høyne toleransen og forståelsen for pasientgruppen, og for å høyne kompetansen innen feltet.
- Det skulle tenkes helhetlig omkring pasienten, og det skulle legges opp til et nært samarbeid med alle pasientens aktuelle kontakter. Teamet skulle delta i og opprette ansvarsgrupper for å utløse støtte og ressurser. Det skulle dessuten fokuseres på de nære behov som bolig, økonomi, arbeid/trygd og sosiale relasjoner.
- Teamet skulle legge vekt på å videreføre og utvikle samarbeidsformer med den allmenne helse- og sosialtjenesten.

Disse punktene har vi på bakgrunn av analyser av kvalitative egenskaper ved ROP-prosjektet i kapittel 6 gruppert i følgende to temaer: 1) teamets sammensetning og faglige plattform, og 2) kjennetegn ved arbeidsform og arbeidsoppgaver. Før vi kommer nærmere inn på disse temaer, har vi valgt å presentere noen mer praktiske opplysninger om hvor ROP-prosjektet har vært lokalisert og hvordan teamet rent konkret har organisert sin tilgjengelighet. I kapittel 7 vil vi se nærmere på de av prikkpunktene som dreier seg om teamets eksterne samarbeid.

6.1 Lokaler, åpningstider og ukeplan

ROP-prosjektets lokaler har helt fra oppstarten vært i 1. etasje på Tøyen distriktspsykiatriske senter (DPS). De var (og er) delvis avgrenset fra resten av DPS-et, ettersom ROP var de eneste med lokaler i denne etasjen. De delte ytterste inngangsdør med DPS-et, men hadde innenfor denne en egen dør med callingsystem og dørkamera. Lokalene ble spesielt utformet for ROP-prosjektet og deres behov, og bestod av sju behandlerkontor pluss administrasjonskonsulentens kontor, som også fungerte som postrom, kopirom med mer. Ellers inneholdt lokalene toalett, vaske-rom, kjøkken og et stort fellesrom med langbord. Alle behandlerkontorene grenset mot fellesarealene, og fellesrommet og kjøkkenet var naturlige samlingssteder. Det var prosjektledelsen som bestemte utformingen av lokalene, hvor et viktig hensyn i henhold til dem var å skape «romlighet».

På mange måter representerte arkitekturen i ROPs lokaler en gjestfrihet med sin åpne løsning. Denne gjestfriheten viste seg etter hvert å bli utfordret og satt på prø-

ve, og høsten 2004 innførte ROP-teamet en vaktordning i lokalene sine. Vaktordningen innebar at det mellom klokka 10 og 13 alltid skulle være minst to ansatte til stede i lokalene. Hensikten var å sikre ansattes oversikt og tilstedeværelse i lokalene. De ansatte satte opp vaktlister i henhold til denne ordningen på morgenmøtet hver mandag. Behovet for en slik ordning hadde sitt utspring i flere faktorer, men én var enkelte episoder hvor noen av behandlerne hadde opplevd å være alene i lokalene, samtidig som det oppstod episoder hvor behandlerne ikke var komfortable med denne situasjonen. Siden det ikke er en forutsetning at pasientene skal være rusfrie for å kunne benytte lokalene, førte dette til at det i perioder kunne oppstå situasjoner som krevde håndfasthet og grensesetting av atferd. Våre data tyder på at dette for de fleste av de ansatte stort sett fungerte tilfredsstillende, men at det i perioder var mer uro enn hva de satte pris på. I 2003 og 2004 var det travle tider, behandlerne var mye ute av lokalene, og flere av de nye pasientene som brukte lokalene regelmessig, kunne være til dels svært krevende å takle i miljøsituasjoner. Det var da også enkeltepisoder av vold og utagering som etter den informasjon vi sitter med, var den utløsende faktor i forkant av beslutningen om innføring av vaktordning.

Noen av de ansatte hadde imidlertid allerede rapportert at de til tider opplevde at aktiviteten i fellesarealene gikk ut over deres behov for arbeidsro, og det hadde vært diskutert i staben hvorvidt en rotasjonsordning av kontorene kunne løse noe av dette problemet. Noen av kontorene har en fysisk lokalisering mer avskjermet fra det som til enhver tid foregår i fellesarealene, mens andre kontorer er mer eksponert for aktivitet og uro. Teamet har i tillegg til kontorene i 1. etasje også disponert et rom i 4. etasje. Dette kontoret har stort sett vært benyttet når teamet har hatt fagdager eller av andre grunner har hatt behov for å skjerme seg fra aktivitetene i 1. etasje.

På kjøkkenet ble det laget mat og kokt kaffe. De ansatte og pasientene har hatt hvert sitt kjøleskap, og pasientene kunne komme for å ta en kopp kaffe, spise frokost eller lese avisen. I kjøkkenarealet stod det i en periode en pc med internettilkobling som pasientene kunne bruke etter nærmere avtale og behov. I den andre enden av lokalet var vaskerommet med dusj og vaskemaskin til bruk for de pasientene som hadde behov for det. Mange av pasientene lever i perioder svært omflakkende liv, og da har dusjmuligheter og tilgjengelig vaskemaskin på ROP vært nyttig. Pasienter og ansatte har brukt de samme kjøkken- og toalettfasiliteter.

ROP som prosjekt var administrativt en del av Tøyen DPS, men hadde i hele prosjektperioden selv beslutningsmyndighet over hvilke pasienter de skulle ta inn. Vi tror at plasseringen delvis atskilt fra DPS-et nok i perioder har vært en forutsetning for at ROP har kunne utvikle seg på egne premisser. Det at de har vært fysisk avgrenset og for seg selv, har gitt dem en arbeidsro og frihet til å finne sine egne veier og sine egne måter å være åpne mot verden på, og å håndtere sine pasienter og an-

dre gjester på som vi tror har vært viktig. Teamet har i intervjuer med oss flere ganger snakket om at de ønsket å disponere noen sengeplasser, til kortere innleggelser og skjerming ved behov. Slike plasser har de i skrivende stund ikke fått.

Åpningstider

ROP-teamet startet i 2001 opp med arbeidstid fra klokka 8.15 til 15.30 fra mandag til fredag. Hver dag startet de arbeidsdagen med morgenmøte fra 8.30 til 9.00. I denne perioden var lokalene stengt for pasienter. I løpet av det første året utvidet de sine åpningstider ved at de tirsdager og torsdager hadde åpne lokaler frem til klokka 19.30. Tirsdager ble fra da av dagen for suppemiddager, som ble arrangert

Tabell 6.1 Prosjektets uke- og månedsplan

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
8.30-9.00	Morgenmøte	Morgenmøte	Morgenmøte	Morgenmøte	Morgenmøte		
9.00-9.30	Inntaksmøte*		Personal-møte**				
9.30-10.00	Psykologspesialist veileder		Personal-møte		Prosjektleder veileder		
11.00-12.00			Fagdag***				
12.00-13.00		Prosjektleder ledermøte	Fagdag	Behandlingsmøte**			
13.00-14.00		Prosjektleder, ledermøte		Behandlingsmøte****			
14.00-15.00							
15.00-16.00	30 min debriefing	30 min debriefing	30 min debriefing	Teamveiledning*****	30 min debriefing		
16.00-17.00		3 ansatte har langåpent		3 har langåpent			
17.00-18.00		Langåpent		Langåpent			
18.00-19.00		Langåpent		Langåpent			

* Hver uke

** Hver 14. dag

*** Én gang i måneden

**** Hver uke; her deltar prosjektets psykiater

***** Hver 14. dag

tre til fire ganger det første halvåret. I en periode endret man dette til annenhver tirsdag («tirsdagsklubben»). Både etterspørselen etter og omstendighetene rundt disse fellesmåltidene har variert, og hyppigheten av dem har vekslet deretter. Stort sett har det vært mellom fire og åtte pasienter til stede hver gang. I tillegg til disse måltidene har teamet hvert år invitert nye og gamle pasienter til julelunsj i 1.-etasjen.

Etter hvert som gamle pasienter ble skrevet ut og nye kom til, tyder våre data på at det ble en del uro rundt middagsarrangementene. Det var blant annet episoder med konflikter mellom noen av pasientene. I løpet av høsten 2003 ble ordningen avvirket. På teamets årlige fagseminar i 2004 diskuterte man hvorvidt man skulle ta denne tradisjonen opp igjen, noe de (i skrivende stund) ikke har gjort. Dermed har ROP vært uten regelmessige gruppebaserte samlinger og/eller behandlingstiltak de siste to årene.

Fafo har ikke vært til stede ved fellesmåltidene. Noen av de pasientene vi har snakket med, har deltatt på noen av dem. De fleste gav uttrykk for at de stort sett syntes dette var et fint tilbud, selv om de ikke gikk dit hver gang. Ikke minst synes noen av pasientene at julebordet, som har vært arrangert noen ganger, har vært en fin samlingsstund.

Alle arbeidsdager i ROP startet med morgenmøte, hvor behandlerne rapporterte om viktige hendelser fra dagen før, og informerte hverandre om ting som skulle skje, gjorde avtaler med hverandre og fordelte oppgaver seg imellom.³³ Dette var sentralen, hvor mye informasjon ble gitt og mottatt. Var det noen i teamet som trengte hjelp? Hvem hadde vakt og dermed skulle holde seg i lokalene og være tilgjengelig for pasienter og besøkende? Morgenmøtet hadde en funksjon som en slags miljøterapi for behandlingsteamet. Det varte til klokka 9, og deretter startet en del aktiviteter i og utenfor lokalene i forbindelse med medisinutdeling. Det var utdeling i lokalene til pasienter som selv kom til ROP hver morgen. Teamet hentet metadon for noen pasienter på apotek, og brakte hjem medikamenter til pasienter som hadde behov for dette.

Mandager var det i tillegg inntaksmøte. Her gikk man gjennom de henvisninger som var kommet inn og diskuterte og fordelte de utredningsoppgavene som måtte utføres innen man tok stilling til om en henvist pasient skulle skrives inn i prosjektet eller ikke. Den enkelte behandler som utredet pasienten, kunne her informere de andre i teamet om hva som var kommet frem, og eventuelt foregripe vurderinger av egnethet for ROP dersom teammedarbeiderne opplevde behov for det.

Onsdager var det personalmøte eller fagmøte etter at morgenmøtet var avsluttet. Tema her var personaladministrasjon, arbeidsmiljødiskusjoner, ferieavvikling, avspaseringer og så videre.

³³ I internasjonal faglitteratur kalles dette «handover» (se for eksempel Burns 2004).

Torsdager var det behandlingsmøte fra klokka 12 til 14, hvor psykiater deltok den siste timen. Her presenterte teammedarbeiderne problemstillinger knyttet til sine pasienter, og diskuterte ulike sider ved behandlingen eller relasjonen mellom pasienten og behandlerne/teamet, eller sider ved pasientens livssituasjon som behandleren følte behov for å drøfte med resten av teamet. Målsettingen var at halve denne tiden skulle disponeres av en av behandlerne som på denne måten, etter tur, fikk mulighet til en grundigere drøfting av én eller flere av sine pasienter. Ofte ble det her diskutert hvordan pasienten reagerte på medisiner, på samspilleffektene behandlerne mente å observere mellom ulike mengder/typer av rus brukt sammen med medikamenter pasienten fikk foreskrevet av teamet, om det var behov for utprøving av alternative legemidler, hvilke legemidler som passet for den enkelte pasient og om det var behov for utredning eller døgntil behandling andre steder. Her meldte også teammedarbeiderne pasientens behov for kontakt med/ytelser fra psykiater/lege, og gjorde avtaler om dette for den enkelte pasient. I tillegg gjennomførte teamet halvdays fagdager to til tre ganger per halvår. Disse ble gjerne benyttet til gjennomgang og kvalitetssikring av diagnosesettingen på pasientene og tiltaksplaner/individuelle planer for pasientene med mer. Dette ble gjort gjennom plenumsdiskusjoner og diskusjoner i mindre sammensatte grupper. På disse halvdays fagdage diskuterte teamet alle pasientene som var inne til behandling på det aktuelle tidspunktet.

6.2 Teamsammensetning, faglig plattform og organisering

I 1987 ble New Hampshire den første nordamerikanske delstaten som forsøkte å utvikle et integrert behandlingssystem for dobbeltdiagnosepasienter. Som vi nevnte i kapittel 3, var ROP-prosjektets opprinnelige prosjektidé og prosjektbeskrivelse forankret i sentrale prinsipper i de såkalte Continuous Treatment Teams (CTT) for «The-Hard-to-reach-Client», som ble benyttet i New Hampshire (Drake et al., 1998, Evjen, Øiern og Kielland 2003). ROP-prosjektet søkte siden oppstarten i 2001 å tilpasse sentrale elementer fra denne modellen og disse teamenes måte å jobbe på til norske forhold. Erfaringer og anbefalinger fra USA gikk i retning av at behandlingsteam for denne pasientgruppen skulle være tverrfaglig sammensatt. I New Hampshire besto CTT-teamene av lege eller psykiater, psykolog, sosial- og helsearbeidere i tillegg til profesjonelle bolig- og arbeidsformidlere. I tillegg hadde disse teamene kontinuerlig oppfølging av forskere ved at det var en psykiater fra Psychiatric Research Center som gjennomførte både de diagnostiske intervjuene med pasientene, og stod for en fortløpende evaluering av tiltakene.

Tjenestesystemene rundt og (de offentlige) ytelsene rettet mot ROP-prosjektets målgruppe, er svært forskjellige i henholdsvis USA og Norge. Dette har konsekvenser både for hvilken kompetanse som er relevant å integrere i teamene og for hva og hvordan man samarbeider med omgivelser som kommunale og statlige helse- og sosialtjenester. Prosjektskissen for ROP-prosjektet konkretiserte et tverrfaglig sammensatt team til å bestå av åtte kliniske medarbeidere med samlet høy kompetanse innen kombinasjonsproblematikken rus og alvorlig psykisk lidelse. Dette var ikke de samme personalgruppene og personalsammensetning som i New-Hampshire-teamene. ROP formulerte i sin stillingsannonse at teamet skulle bestå av lege/psykiater, psykologer, sykepleiere, sosionomer, sekretær samt forsker. De to som hadde tatt initiativet til oppstarten av ROP, var begge psykologspesialister. Som nærmere beskrevet i kapittel 2, ble det aldri ansatt egen forsker som del av teamet. I stedet ble Forskningsstiftelsen Fafo engasjert som ekstern evaluator.

Fordi ROP-prosjektets målgruppe er kjennetegnet av sammensatte behov, anså ROPs ledelse det som viktig å sette sammen et team som kunne møte de utfordringer dette representerte, både i form av fagsammensetning, kjønns- og alderssammensetning, livs- og jobberfaringer, referansepunkter og interesser. I tillegg ville de ha sammensatt kompetanse innen rusomsorg og psykisk helsevern.

Sentrale kriterier knyttet til utvelgelsen av personer til ROP-teamet, var i tillegg til de faglige at de skulle være personlig egnet til jobben, være forskjellige som personer og utfylle hverandre, men samtidig passe sammen. Vurderingen bak var at riktig sammensetning og personlig egnethet var viktige forutsetninger for at så mange personer skulle holde ut med hverandre over fem år, som var prosjektperioden. Av teamledelsen ble dette ansett som en viktig forutsetning for å kunne tilby pasienten en stabil behandlingssituasjon. Fordi pasientenes liv ofte er preget av kaos, var det prosjektledelsens ønske at teamet skulle representere en stabiliserende faktor ved at pasientene møtte de samme menneskene i hele sitt behandlingsforløp. ROP-prosjektet skulle dessuten drive metodeutvikling og i løpet av fem år utvikle en behandlingsmodell. Dette krevde også kontinuitet i ansattegruppen. Derfor ble alle (unntatt prosjektets lege) under ansettelsesintervjuet spurt om de var villige til å binde seg for fem år. Alle de som ble ansatt, var det, og ansettelsene ble utformet som fem-årige kontrakter.

Som nevnt tidligere var teamet fulltallig 1. september 2001, og bestod da av en lege, tre psykologspesialister, tre psykiatriske sykepleiere, to kliniske sosionomer og en administrasjonskonsulent. Alle var i full stilling, bortsett fra legen (20 prosent stilling) og en psykologspesialist (75 prosents stilling).

De ansatte hadde lang yrkeserfaring, og teamet relativt høy gjennomsnittsalder. De fleste var på ansettelsestidspunktet mellom 40 og 55 år, én av de ansatte var i siste halvdel av tyveårene og én i midten av tredveårene. Ikke alle hadde erfaring med

arbeid i psykisk helsevern før de startet i ROP, og to av disse hospiterte første kvartal 2001 i stillinger knyttet til Tøyen DPS. Teamet hadde samlet sett lang og bred erfaring med arbeid innen rusomsorgen på ulike nivåer. Flere hadde erfaring fra akuttpsykiatriske avdelinger. Noen få hadde erfaring med å jobbe oppsøkende fra rusomsorg og feltpleie. To hadde jobbet på Veksthuset (terapeutisk samfunn), én på M3 (en avrusningsenhet), tre i DPS-systemet, og spesielt én hadde mye prosjekterfaring fra tidligere. I tillegg hadde en av sosionomene flere års erfaring med sosialfaglig arbeid på sosialkontor.

Endringer underveis i prosjektperioden

Teamet har, sett under ett, vært svært stabilt siden oppstarten. Unntaket var lege-/psykiaterstillingen og en sykepleierstilling. Psykiater-/legestillingen var besatt av tre ulike personer i løpet av prosjektperioden, og en av sykepleierne sluttet og ny begynte i 2004.

Legen som i 2001 sluttet i prosjektet, gjorde dette på grunn av sin spesialistutdanning i psykiatri. Avdelingsoverlegen ved Tøyen DPS overtok hennes funksjon, en funksjon han hadde fram til september 2005. Da ble en ny psykiater og overlege ansatt i 50 prosents stilling. Dette representerte en økt tilgang på legetjenester, noe som i lang tid hadde vært en etterlengtet ressurs i behandlingsteamet. Som nevnt over sluttet også en av sykepleierne i 2004. Hun ble erstattet med en annen sykepleier med jobberfaring fra rusmiddelstatens feltpleie. En av teamets psykologspesialister, som fungerte som prosjektleders stedfortreder, gikk fra 1. november 2005 over i halv stilling. Hans funksjon ble også endret ved at han ikke lenger hadde egne pasienter, men i sin nye funksjon skulle bruke sine ressurser til utredning, dokumentasjon, undervisning og veiledning.

Sommeren 2005 ble ROP-prosjektet tildelt prosjektmidler i ett år fra Regionalt kompetansesenter for dobbeldiagnose i Helse Øst. Disse midlene ble brukt til flere formål høsten 2005. ROP ansatte en konsulent med jobberfaring fra Prosjekt bostedsløse. Økte personalressurser gjorde det mulig for resten av teamet å fortsette med veiledning og undervisning parallelt med forberedelser til prosjektets erfaringskonferanse, som skulle finne sted i november 2005. Dette tilførte i tillegg ROP nyttig tilleggskompetanse. Som ledd i forberedelsene til Erfaringskonferansen hadde ROP-teamet tatt kontakt med Westerdals Reklameskole, og engasjert studenter derfra til å lage film om ROP. Filmen ble vist på Erfaringskonferansen både høsten 2005 og våren 2006. Den er et sterkt vitnesbyrd om noen av problemene pasientene ved ROP står overfor, og fremviser etter vår vurdering ROP-teamets særpregede arbeidsform på en god måte.

Teamet opplevde i perioder et stort press på forhold knyttet til forvaltning og administrering av medisiner og medisinerutiner, og brukte tiltakende ressurser og

oppmerksomhet på dette. Nyansettelsen av prosjektkonsulent sommeren 2005 (for ett år) og utvidelsen av legestilling til halv stilling frstilte mer tid til andre deler av pasientarbeidet. Ved prosjektets avslutning og overgang til ROP som et fast tilbud i desember 2005, var det altså åtte kliniske og ett administrativt årsverk i prosjektet.

Faglig plattform

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

”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 informasjon til pasienter og pårørende, var det disse formuleringene som ble brukt.

Siden oppstarten tyder Fafos observasjoner på at ROP-teamet etter hvert ønsket en sterkere vektlegging av pasientenes ressurser og muligheter i stedet for sykелighet og begrensninger, og at teamet ønsket å styrke pasientenes håp. Prosjektet har hele tiden vært eksplisitte på at de ikke skulle bruke negative sanksjoner overfor pasientene, og understreket viktigheten av at man skulle vise hverandre respekt og unngå vold og trusler om vold.

I brosjyren heter det videre at teamet skal være fleksible i sin innretning og tilpasning til den enkelte pasient, og at de ikke skulle innrette seg etter en særskilt metode utover hovedlinjene i prosjektbeskrivelsen. En av pasientene sa følgende om hvordan hun opplevde denne fleksibiliteten:

”De ansatte på Tøyen er der, og det er verdifullt for meg. Det er trygt og nyttig. Jeg kan ringe. Jeg vet jeg kan ta kontakt. Jeg vet jeg kan komme til en eller annen dersom jeg trenger det, og jeg vet at de hjelper meg til å få hjelp andre steder dersom jeg ber dem om det. Behandleren min har til og med kommet og hentet meg, tatt meg med ut når jeg har vært for deprimert til å gidde selv. Det er bra, synes jeg.”

Teamet skulle altså 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. Pasienter har i prosjektperioden blitt fulgt opp i helgene ved spesielle behov og etter avtale med dem.

Med hensyn til ROPs faglige plattform mener vi det også er viktig å trekke frem at de ikke jobbet eksplisitt med målsettingen om rusfrihet, men hadde skadereduc-

sjon og mer kontrollert rusbruk som mål. De første årene var prosjektets brosjyre, hvor rusfrihet var nevnt som mål, gjenstand for diskusjoner på prosjektets årlige internseminar. Etter hvert valgte teamet å fjerne den opprinnelige formuleringen om at de arbeidet for rusfrihet. Bak denne endringen lå en vurdering av at dette ikke var realistisk og ikke hadde rot i praksis slik de opplevde den de første to prosjektårene. Rusfrihet som målsetting var derfor et lite hensiktsmessig signal til prosjektets omverden, det vil si samarbeidspartnere, pårørende og pasienter.

Lav case-load³⁴

Fra den opprinnelige modellen tok ROP-prosjektet utgangspunkt i viktigheten av stor grad av tilgjengelighet, og at det skulle drives intenst oppsøkende arbeid med en tallmessig begrenset gruppe pasienter. For å få til dette tallfestet ROP-prosjektet at behandlerne skulle ha åtte til ti pasienter hver.

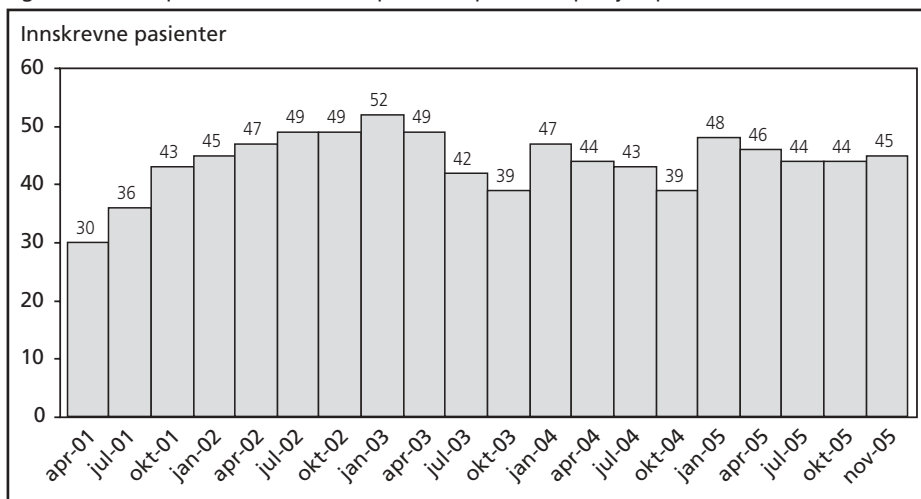
En sentral utfordring i ethvert klinisk pasientarbeid er å etablere tillit og å få til allianser mellom pasient og behandlere som bærer, for ROPs vedkommende i to år. Lokalenes utforming er en annen måte teamet søkte å legge til rette for dette på. Mange av pasientene Fafo har snakket med, gav uttrykk for at lokalenes grad av åpenhet og store grad av tilgjengelighet var av stor betydning for dem. Å kunne komme dit når de selv ville og hadde behov for det, var positivt for mange. Flere av pasientene fortalte at de ofte når de tok en tur til Tøyen, primært for å vaske klær, traff andre pasienter og fikk slått av en prat både med dem og de ansatte. Mange gav uttrykk for at dette hadde vært viktig for dem, og ikke minst det at de alltid ble møtt av blide fjes, et «hei» og spørsmål om hvordan det gikk.

Mange av de pasientene vi snakket med, forteller også om hvordan de ansattes fleksibilitet gjør hjelpen deres mer tilgjengelig. Én fortalte at hun og hennes behandler kommuniserer per sms i de periodene da hun grunnet amfetaminrus hadde problemer med å snakke. Hun sa videre:

”Jeg har nettopp vært innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling. Det skjedde da primærbehandleren min 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 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 tenke meg lengre tid skjerma fra rus og miljøet.”

³⁴ Case-load er en engelskspråklig betegnelse på antall pasienter per behandler.

Figur 6.1 Antall pasienter innskrevet på 20 tidspunkter i prosjektperioden.



Sitatet over viser et annet sentralt element i ROPs arbeidsmåte, nemlig at pasientene i størst mulig grad skulle kjenne alle teammedarbeiderne. Dette ble blant annet ivaretatt gjennom at alle pasienter etter hvert i prosjektperioden hadde mer enn én behandlerkontakt i teamet. Ved at teammedarbeiderne delte pasientansvaret, ble teamets tilgjengelighet optimalisert for pasientene, noe også pasientene gav uttrykk for. Dermed kunne også teamet dekke opp for hverandre ved behov. Dette var bare mulig med en tallmessig begrenset gruppe pasienter per behandler.

Figur 6.1 viser at teamet trengte ett år på å komme skikkelig i gang. I januar 2002 hadde de 44 pasienter inne til behandling. I januar året etter hadde de det som travlest, med hele 52 innskrevne pasienter. I 2004 var antallet nede i 47, og i 2005 var det 48. Dette må anses som kun små svingninger. Det figuren viser, er to ting: ROP-prosjektets måltall lå i hele prosjektperioden under hva de trodde de skulle tilpasse seg. Figuren viser også at ROP-teamet holdt et jevnt trykk i hele prosjektperioden. Den dekker over at det i noen perioder foregikk mye utskifting av pasienter ved at noen ble skrevet ut og andre inn. Figuren viser heller ikke at det i andre perioder var vanskelig å overføre «gamle» pasienter til andre instanser. ROP ble sittende med behandleransvaret, og maktet ikke å ta inn særlig mange nye pasienter.

Gjennomsnittlig antall pasienter per behandler både i 2002, 2003, 2004 og 2005 var lavere enn måltallet. Målt i januar hvert år, varierte det gjennomsnittlige antall pasienter per behandler fra fem til syv. Teammedlemmene imellom svingte det fra fire til ni. I løpet av 2003 justerte teamet da også måltallet ned til mellom fem og syv pasienter per behandler, noe som da var mer i overensstemmelse med hva de faktisk maktet, og som de selv mente var i bedre overensstemmelse med de arbeidsoppgaver de utførte. Intervjuer viser at de ansatte hadde ulike preferanser med hensyn

til dette spørsmålet. Noen foretrakk å ha flere pasienter å forholde seg til. Både på grunn av kjennetegn ved egne pasienter og egen måte å jobbe på, ønsket andre behandlere å jobbe intenst med et mindre antall. Noen teamansatte mente at for få pasienter per behandler undergravde metoden. Arbeidsmengden til temaet varierte ikke bare med antall pasienter. Samtidig kan man tolke figur 6.1 som et uttrykk for at ROP-prosjektets måltall etter en tid ble senket til mellom fem og syv pasienter, og at dette var riktig.

Teamorganisert arbeidsform

Tverrfaglig sammensatte team opprettes ofte for å utnytte samspillet mellom medarbeideres ulike kunnskaper og ekspertise på en bedre måte. ROPs pasientrettede arbeid i starten av prosjektperioden var i stor grad én til én. Det vil si at den enkelte behandler hadde ansvaret for og selv i stor grad stod for den behandlingen den enkelte pasient fikk. I løpet av det første året begynte etter hvert noen av medarbeiderne å tematisere og etterlyse mer aktivt samarbeid om pasientene. Man hadde allerede i prosjektet lenge uttalt at behandlerne skulle samarbeide, og gjerne være to om ansvaret for den enkelte pasient. I praksis hadde de imidlertid ikke innført måter å sørge for at så skjedde. Allerede på det årlige interne fagseminaret i 2001 ble dette fremhevet som viktig. De ulike faggruppene og behandlerne i teamet hadde ulike erfaringer med å samarbeide i det konkrete pasientrettede arbeidet. Psykologene i teamet var vant til å drive individualbehandling, som samtaler på kontoret eller andre steder. Sosionomene var kanskje den ansattegruppen som tydeligst gav uttrykk for at de gjerne ville endre gjeldene praksis, men også blant sykepleierne ble det etterlyst vilje til å endre rutinene for å få dette til. Temaet ble debattert mye, og teamet gjorde seg noen erfaringer som kanskje ble avgjørende: Sykefravær, permisjoner og at noen i teamet opplevde større personlige belastninger knyttet til enkelt-pasienter enn andre, medførte at det etter hvert utviklet seg en felles oppfatning av at flere behandlere per pasient var den mest forsvarlige måten å organisere det interne samarbeidet på. Ved avslutningen av prosjektperioden var dette regelen og ikke unntaket. Om omleggingen medførte at teamet hadde mindre kapasitet i 2005 enn i 2003, er vanskelig å si, men det var selvfølgelig forbundet med tidsbruk å være koterapeut også. På den andre siden skulle man kanskje tro at de ansatte fikk mer avlastning på «egne» pasienter, og dermed mer tid til «andres». Det kan for så vidt hende at praktiseringen av dette prinsippet ikke førte til økt behandlingsskapasitet totalt, men at den enkelte pasient kanskje fikk mer oppmerksomhet og konkret behandlerkontakt enn tidligere.

I de første intervjuene med teammedarbeiderne høsten 2001 var det flere som etterlyste opplevelsen og følelsen av å jobbe sammen som team. De hevdet at de i altfor 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.

På flere tidspunkter siden oppstart foregikk det diskusjoner og ble gjort oppsummeringer som tilsier at teamet skal jobbe to og to. Alle pasientene skulle være teamets pasienter, og ikke den enkelte behandler. Behandlerne har imidlertid gjennomført dette i varierende grad frem til det årlige interne fagseminaret i 2003. Da definerte teamet tid og sted for når og hvordan den enkelte klient skulle få tildelt hovedbehandler. Det er vårt inntrykk at dette medførte at det ble en innarbeidet rutine som del av utrednings- og inntaksprosedyrene å avgjøre hvilke to behandlere som skulle ha ansvaret for hver enkelt pasient

6.3 Arbeidsmåte og arbeidsoppgaver

I det foregående har vi beskrevet noen kjennetegn ved ROP-teamets kompetanse og måte å organisere og gjennomføre teamarbeidet på. Under vil vi se på hva teamet faktisk gjorde og hvordan de gjennomførte arbeidet.

Behandlingstiden for hver enkelt pasient ble satt til to år, og det ble ved oppstarten av prosjektet understreket at teamets arbeidsmåte skulle preges av intensitet og pågåenhet både i pasientarbeidet og i arbeidet med systemene rundt pasientene. Det ble lagt stor vekt på å finne pasientene og oppsøke dem der de til enhver tid befant seg.

Ronaldo og ROP, episoder og forløp

Episode 1: Tør vi?

Prosjektet får kontakt med pasienten ved at sosialkontoret ringer etter henvendelse til psykiatrisk poliklinikk, for øyeblikkelig hjelp. Ronaldo går hvileløst rundt i venterommet, snakker med seg selv og gjør truende fakter. Dette har skjedd ofte den siste tiden, og man frykter en voldsepisode. Behandler får vite fra sosialkontoret at det tidligere har vært kontakt med Tøyen DPS, og det fremskaffes informasjon derfra. Familien har hatt godt samhold og god tilpasningsevne i Norge. De siste årene har far lidd et alvorlig yrkesmessig nederlag, etter at noen lands-

menn misbrukte hans tillit. Mor og far er separert, og Ronaldos bror har utviklet et alvorlig stoffproblem. Far får behandling for depresjon. Familien har opplyst at Ronaldo i flere år har brukt hasj, i det siste ecstasy og amfetamin, og ved første innleggelse er det funnet amfetamin ved blodprøve.

Episode 2: Den beste arenaen, å føle seg «hjemme» sammen

Ny telefon fra sosialkontoret; Ronaldo går oppskaket rundt i venterommet, han truer ikke direkte, men personalet er engstelig. Behandler møter opp i løpet av 15 minutter, er selv engstelig for å møte en truende eller alvorlig situasjon. Ronaldo går urolig frem og tilbake i rommet. Jeg henvender meg i ekspedisjonen, som henter saksbehandler, som sier til Ronaldo at det er en som gjerne vil snakke med ham. Han er en pent kledd og velflidd ung mann, smiler uten at det er mulig å forstå sammenhengen, og snakker lavt med seg selv. Det er ingen andre i rommet, så jeg finner det greit å presentere meg med navn og tittel og forklarer at jeg kommer fra Tøyen DPS. «Hva vil du meg?» spør Ronaldo. «Jeg vil gjerne gi deg en avtale med meg på mitt kontor, kan du tenke deg det?» «Hvorfor det?» «Jeg tenker at du kanskje vil kunne få noe hjelp av meg, for eksempel med en bolig.» Ronaldo nikker og ber meg sette opp en time. «Hva med å bli med meg på mitt kontor nå, så vi kan sette opp en time sammen?» Jeg må forklare hvor jeg holder til og gjenta at det vi skal gjøre, er å finne en tid, og at han skal se stedet. Etter å ha fått levert en søknad, blir Ronaldo med ut av sosialkontoret. Ute i fri-luft blir han umiddelbart roligere i blick og kroppsbevegelser. Han kommenterer det fine været, og under den timinutters spaserturen stopper vi foran en telefonbutikk og avisiosk som han finner interessant, og vi veksler noen ord om varene der. Jeg sier noen ord på spansk og forklarer at jeg har vært en del i Sør-Amerika. Vi utveksler noe om årstiden på spansk, uten at dette virker særlig oppsiktsvekkende for Ronaldo. Men det føles plutselig mulig å være litt personlig, så jeg spør om han har familie i Oslo og om han treffer dem. Han svarer greit. Ronaldo nøler litt ved inngangen til bygningen der kontoret er, men følger greit med inn, blir stående i døren til kontoret, jeg skriver ned en avtale, rekker frem hånden til avskjed, han strekker frem sin mens han lener kroppen bakover, vender ansiktet litt bort mens han ser skjevt på meg, tar meg fast i hånden og sier «Takk for timen». Jeg sier «Vi ses» på spansk, og Ronaldo går fort ut av bygningen.

(ROP-Tøyen 2003)

Faseinndeling av behandlingsperioden

Hovedprinsippet i ROP-Tøyens arbeidsform ble i Midtveisrapporten fra evalueringen sagt å være en trinnvis jobbing med motivasjon og ulike behandlingstyper (Øverås 2003). Dette var fra oppstarten av organisert i fire faser. De første prosjektårene ble følgende fire faser formulert av teamet: 1) kontaktetablering, 2) motivasjonsfase, 3) aktiv behandlingsfase og til slutt 4) forebygging av tilbakefall. Dette endret seg i 2003. Teamet reduserte da antall faser fra fire til tre, hvor man i grove trekk slo sammen de to midterste til én, hvor oppmerksomheten skulle rettes mot aktivt endringsarbeid. Hovedpoenget med faseinndelingen er i henhold til teamet ikke at de forskjellige fasene inntreffer i fast rekkefølge og til faste tider for alle pasientene. Dette er verken et ønske eller et krav. Hovedpoenget er prinsippet om at man tenker i faser, og at teamet skal tilby pasientene behandling, støttesamtaler og aktiv tilrettelegging og samarbeid med andre deler av hjelpeapparatet i en periode etter at teamet og pasienten har etablert en tillitsfull og tilstrekkelig stabil relasjon til at hensiktsmessig behandling kan gjennomføres. For øvrig har det de siste årene vært en sentral erfaring i teamet at man (teamet) tenker avslutning og overføring til ordinært tjenesteapparat allerede ved inntak i ROP.

Kontaktetableringsfasen

Teamets pasientrettede arbeid ble innledet med at prosjektet mottok en henvendelse, enten fra pasienten selv, hans eller hennes pårørende eller fra tjenesteyter i første-, andre- eller tredjelinjen. Dersom henvendelsen ble gjort muntlig, var ROP behjelpelig med å skaffe til veie en henvisning fra en godkjent henvisningsinstans. Dette var kontaktetableringsfasen, hvor det ble lagt vekt på å få kontakt med og etablere tillit hos pasienten. Videre bestod fasen av innhenting av informasjon om pasientene gjennom bruk av opplysninger fra andre som kjenner pasienten (komparentopplysninger), og gjennom samarbeid med henviser. Det var en målsetting for teamet at samarbeidspartnerne skulle ansvarliggjøres allerede på dette tidspunktet i samarbeidet. Vi har imidlertid ikke data som tyder på at dette ble gjort på noen systematisk måte. Det ble heller ikke lagt inn som forutsetning for inntak at de som henviser pasienten, forpliktet seg til videre samarbeid om pasienten. Forut for avgjørelsen om inntak eller ikke hadde behandlerne inntil tre kartleggingssamtaler med pasienten, deriblant et hjemmebesøk, en samtale der henviser deltok og minst én samtale der to av ROPs ansatte deltok. Denne inntakspraksisen har etter hvert satt seg som mer av en rutine enn hva som var tilfelle de første tre til fire årene.

Første kartleggingssamtale var konsentrert rundt å presentere prosjektet for pasientene, få pasientenes samtykke til at ROP innhentet komparentopplysninger (det vil si opplysninger fra andre som kjenner pasienten), annen relevant informasjon, samt informere pasientene om prosedyrer og hva deltakelse i prosjektet ville innebære for dem. Andre og tredje kartleggingssamtale bestod av samtale om rus

og psykisk lidelse, om pasientens økonomi, helse og nettverk. Her ble det ifølge teamet også gjort en kartlegging av pasientens behov, og skaffet til veie informasjon om hvordan pasienten kunne kontaktes og nås.

Når denne kartleggingen var gjennomført, ble søknaden forberedt for og behandlet på det ukentlige inntaksmøtet. Dersom den henviste pasienten ble avvist, gjorde teamet en ny og grundigere vurdering, og pasienten ble eventuelt rekanalisert til andre behandlingsinstanser. Dersom pasienten ble tatt inn i prosjektet, ble det på inntaksmøtet bestemt hvem som hadde behandlingsansvaret og hvem som skulle være koterapeut. Det heter seg i ROPs prosjektbeskrivelse at samarbeidspartner(e) skulle trekkes inn så tidlig som mulig i behandlingsprosessen, og at denne/disse skulle ansvarliggjøres. Hva en slik ansvarliggjøring innebar, sies det imidlertid ingenting konkret om. Selv om mye av samarbeidet mellom ROP og andre instanser foregår i ansvarsgrupper, og i form av arbeidsdeling og konkretisering av behov og målsettinger i individuelle planer, så har de ulike samarbeidsinstansene få konkrete virkemidler å ta i bruk som konkretiserer og ansvarliggjør den enkelte samarbeidsinstans i særlig grad. Derfor er dette arbeidet hele tiden avhengig av at de ulike samarbeidsinstanser finner sine interesser ivaretatt og imøtekommet i tilstrekkelig grad, og ikke at for eksempel ansvarsgruppens koordinator eller ROP stiller krav som er for tid- og ressurskrevende.

Innen 14 dager etter inntak skulle pasienten og hans/hennes situasjon og behov bli presentert for diskusjon på teamets ukentlige behandlingsmøte.

I kontaktetableringsfasen skulle det, ifølge ROPs rutiner, også settes GAF-skåre på pasienten. Teamet skulle videre gjennomføre en grundig kartlegging av pasientens fysiske/psykiske helse, rusproblemer, familie- og nettverksanamnese og nettverkskartlegging i form av et ASI-intervju. Videre ligger det i prosedyrene at det skulle lages en langsiktig plan (Individuell Plan (IP)) sammen med pasienten, det skulle tas blodprøve og foretas en eventuell videre diagnostisk utredning (SCID I/II). Det var også understreket at det på dette tidspunktet var sentralt å prøve å forankre en felles målsetting for behandlingen med pasienten, og få frem hva som var viktig for pasienten. Det ble også understreket at alliansebygging med eksisterende og potensielle samarbeidspartnere som kunne benyttes, var en svært viktig og overordnet målsetting i kontaktetableringsfasen. Teoretisk sett varte kontaktetableringsfasen i seks måneder. I praksis tok det fra én uke til flere år. ROP-teamet understreket hele tiden at det ikke var tiden som var vesentlig med fasetenkningen, men at man skulle tenke prosess, og at noen elementer i behandlingen naturlig kommer før andre.

Behandlingsfasen

Fase to, behandlingsfasen, fokuserte på rus og psykisk lidelse, og på diagnostisering, medisiner og annen behandling rettet mot disse lidelsene. På internseminaret i 2003 satte teamet opp noen stikkord som sentrale for denne fasen. Den skulle iføl-

ge teamet være preget av *intensitet* og *pågåenhet* i pasientarbeidet, og i arbeidet med systemene rundt pasienten. Her skulle det spesielt vektlegges å forplikte pasientens kontakter i helse- og sosialvesenet, både i form av deltakelse i samarbeids- og ansvarsgrupper, men også i form av bistand og støtte, for eksempel ved anskaffelse av bolig og støttetiltak for å bevare en slik bolig. Teamet skulle i behandlingsfasen drive fortløpende observasjon, registrering og behandling av arbeid med rus og psykisk lidelse. Tilnærmingen under behandlingen skulle være individuelt orientert, med vekt på fleksibel tilpasning med hensyn til den enkelte pasients behov og utvikling. Derfor måtte blant annet eventuelle gruppeaktiviteter innrettes etter pasientens ståsted og behov (måltider, turer, fysiske aktiviteter, feiringer og høytider). Teamet sa at de ønsket både for seg selv og sine samarbeidspartnere at fokuseringen skulle være på pasientens ressurser og muligheter i stedet for sykkelighet og begrensninger, på tillit og tiltro fremfor skepsis og kontroll. En grunntanke i dette arbeidet var det også at forandring og læring av ferdigheter burde foregå der det var naturlig for pasienten.

Avslutnings- og videreføringsfasen

Den tredje fasen dreide seg om avslutning av behandlingsrelasjonen og videreføring av pasienten. Selv om teamet sa at de måtte tenke avslutning allerede fra inntak, så var det helt sentralt å bruke mye oppmerksomhet på å informere samarbeidspartnere/ansvarsgrupper om hvordan avslutningen skulle gjennomføres. Teamet mente det var et poeng å si klart fra at behandlingstiden var to år, at det ikke ble gitt fratrekk ved opphold i døgningstitusjon eller fengsel, og at ROP ikke praktiserte reinn-tak. Videre at pasientene gikk over til å ha en seniorstatus etter to år, og at teamet tilbød dem og samarbeidsinstansene konsulentbistand i et halvt år (deltakelse i samarbeidsmøter og ansvarsgrupper) dersom dette var ønskelig. ROP påtok seg altså ikke lenger et *behandleransvar* etter to års behandlingstid i prosjektet. Pasientens status endret seg, men kontakten med pasienten og oppfølgingen opphørte ikke nødvendigvis etter to år. Det er eksempler i vårt datamateriale på at teamet har hatt kontakt med pasienter i både tre og fire år.

Oppsøkende virksomhet

Som nevnt over skulle ROPs pasienter i prinsippet oppsøkes der de befant seg, ikke bare etter at de var innskrevet i prosjektet og som ledd i oppsøkende behandling, men også som ledd i rekrutteringen av nye pasienter, og i kontaktoppbyggingsfasen og seinere. Det var en uttrykt målsetting at teamet skulle legge arbeid i å finne pasientene ute på gata, i fengsel, på sykehus, på hospits og andre steder hvor de oppholdt seg. Hvis og når det var nødvendig, ville teamet ha flere kontakter med den enkelte pasient hver uke. De vektla at arbeidet omkring pasienten skulle være basert på en helhetlig tenkning. Det skulle legges opp til et nært samarbeid med alle

de av pasientens kontakter som var aktuelle, ikke minst gjennom teamets deltakelse i og medvirkning til opprettelse av ansvarsgrupper for å utløse støtte og ressurser.

Dette var selve kjernen i modellen og i arbeidsformen. Det har fremgått av de prioriteringene teamet har gjort underveis at å oppsøke pasienten hjemme, på byen eller andre steder har hatt prioritet fremfor å anvende lokalene på Tøyen som behandlingssted. Våre observasjoner tyder imidlertid på at teammedlemmene brukte 1.-etasjen på ulike måter. Noen av behandlerne hadde mange av sine pasientsamtaler

Tabell 6.2 Gjennomsnittlig tid i prosent på ulik poliklinisk virksomhet. Behandlere ved ROP-Tøyen og i offentlige poliklinikker for voksne (DPS) i Oslo, samt differansen mellom ROP og DPS-ene i fordelingen av tidsbruken. Aktivitetsregistrering over to uker høsten 2004. Kilde: SINTEF Helse

	ROP-Tøyen	DPS i Oslo	Differanse (prosentpoeng)
Direkte pasientrelatert arbeid			
Individualbehandling	11	25	-14
Familie-/parbehandling	2	1	1
Gruppebehandling	3	2	1
Hjemmebesøk	14	2	12
Samarbeidsmøter	2	2	0
Annen type behandling	6	4	2
Observasjon/undersøkelse	0	1	-1
Tester	0	0	0
Pasienten ikke møtt	1	3	-2
Sum direkte pasientrelatert arbeid	38	39	-1
Annet pasientrelatert arbeid			0
Faglig veiledning gitt	1	2	-1
Faglig veiledning mottatt	1	2	-1
Kurs/studier av faglitteratur	0	3	-3
Reiser	6	1	5
Journalføring	9	15	-6
Konsultasjon/samarbeid 1.-linjen	6	2	4
Konsultasjon/samarbeid 2.-linjen	3	1	2
Annen konsulentvirksomhet	0	1	-1
Administrasjon	2	5	-3
Interne møter	10	8	2
Annet	3	3	0
Sum annet pasientrelatert arbeid	40	43	-3

Tabell 6.2 forts.

Ikke pasientrelatert arbeid			
Faglig veiledning gitt	1	0	1
Faglig veiledning mottatt	1	1	0
Kurs/studier av faglitteratur	7	4	3
Reiser	0	0	0
Journalføring	0	1	-1
Konsultasjon/samarbeid 1.-linjen	1	0	1
Konsultasjon/samarbeid 2.-linjen	0	0	0
Annen konsulentvirksomhet	0	1	-1
Administrasjon	2	3	-1
Interne møter	7	5	2
Annet	2	4	-2
Sum ikke pasientrelatert arbeid	22	18	4
Totalt	100	100	
Antall behandlere	8	172	

i lokalene og holdt seg mest her. Andre ROP-medarbeidere var mer ute enn «hjemme». Teamet diskuterte flere ganger forutsetningen for å greie å bryte med den tradisjonelle individual-terapeutiske behandlingsformen, og utfordret hverandre på å bli flinkere til å bryte slike mønstre.

Høsten 2004 gjennomførte SINTEF en kartlegging av tidsbruken på alle behandlingssenheter i den statlige delen av psykisk helsevern. Etter godkjenning fra ROP-teamet fikk vi SINTEF til å fremskaffe materiale som gjør det mulig å sammenlikne de ansatte i ROPs bruk av tid til ulike gjøremål med andre DPS-er i Oslo, og med poliklinikker for voksne på landsbasis. Som det fremgår av tabell 6.2, så brukte ROP på måletidspunktet mye tid på hjemmebesøk, individualbehandling, interne møter og journalføring. At ROP i gjennomsnitt ikke brukte mer enn 14 prosent av tiden sin på hjemmebesøk og så mye som 11 prosent på individualbehandling, stemmer dårlig med våre observasjoner. Det stemmer også dårlig med teamets egne registreringer av tidsbruk. Dette kan skyldes at rubrikken individualbehandling også skjuler at en god del samtaler mellom behandler og pasient foregikk utenfor ROPs lokaler, men med bare pasienten til stede. I tillegg ble noen av behandlingsmøtene som ble gjennomført utenfor lokalene, som for eksempel ferdighetstrening med mer, kategorisert som annen type behandling. I en egenregistrert tidsbruk fra februar 2003 kom teamet frem til at de brukte en mye større andel av tiden sin ute, hele 70 prosent. Dette kan selvfølgelig ha forandret seg på det halvannet året som er gått mellom de to registreringene, men vi tror også kategoriene i SINTEFs undersøkelse skjuler noe av særtrekkene ved ROPs arbeidsform, og muligens indirekte også skjuler noen viktige forskjeller mellom ROP og de andre.

Videre ser vi av tabell 6.2 at det er to vesentlige forskjeller mellom hva de ROP-ansatte brukte tiden på, og hva de ansatte på DPS-ene i Oslo brukte mye tid på: For det første brukte de ansatte på DPS-ene 25 prosent av tiden sin til individualbehandling, mens ROP-teamet brukte 11 prosent. Deretter ser vi at ROP-teamet samlet brukte 14 prosent av sin tid til hjemmebesøk, mens de ansatte på DPS-ene kun brukte to prosent av tiden sin til dette. Som en følge av mer hjemmebesøk brukte da også behandlerne i ROP mye mer tid på reiser i forbindelse med det pasientrettede arbeidet.

Ellers vil vi peke på at ROP-teamet også var mye ute av egne lokaler i forbindelse med direkte og indirekte samarbeid med første- og andrelinjen. Typiske arbeidsoppgaver i dette samarbeidet var deltakelse på ansvarsgruppemøter, ulike typer samarbeidsmøter samt konsultasjonsarbeid.

Teamet understreket at de fokuserte mer på pasientenes behov for hjelp og støtte med hensyn til sosialkontor, bolig og oppfølging av metadon utover i prosjektperioden. At teamets metode var støtte og praktisk veiledning ble altså klarere for temaet etter hvert. Behandlerne sa i intervjuer at de gjennom å følge pasientene rundt og være til stede sammen med dem, mente å bidra til at pasientene utviklet sine ferdigheter på de arenaer hvor pasientene levde.

Prosjektet tilbød ikke pasientene faste dag- eller kveldsaktiviteter. Det ble de første årene arrangert fellesmiddager annenhver tirsdag og turer av ulikt slag hver tredje til fjerde torsdag. Utover dette tilbudet var det opp til den enkelte behandler hvorvidt han eller hun foretok seg faste gjøremål med sine pasienter. Behandlerne opplevde sterkt at pasientene hadde behov for å gjøre noe, ha noe å se frem til fra dag til dag. Teamets bidrag til å beskjeftige pasientene har druknet i andre praktiske gjøremål. Dette underslår ikke at noen av behandlerne både har trent, gått turer, tatt kafébesøk og så videre sammen med sine pasienter.

På gruppeintervjuet Fafo hadde med de ansatte i 2003, var aktivisering av pasientene ett av flere tema, og alle de ansatte var enige om viktigheten av å prioritere aktiviteter for denne gruppen. Det ble fra teamets side understreket at alle slike fremstøt måtte foregå på pasientens premisser, og at en av behandlernes funksjoner var å forebygge tapsopplevelser ved at gjennomføringsevnen kanskje øker når behandlerne er med. De ansatte understreket viktigheten av at teamet støttet den enkelte pasient, at behandlerne var med rundt og slik også introduserer dem for aktuelle, men for pasienten ofte «farlige» steder. Formålet for behandlerne ble sagt å være å følge dem til de har oppnådd trygghet, og at det deretter ble viktig at de som kunne nyttiggjøre seg det, ble tilbudt støtte- og aktivitetskontakter. Mange av pasientene isolerte seg og trengte å bli «lirket», oppmuntret og støttet 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 laget en ukeplan med ukentlige aktiviteter til faste ukedager og tider for høsten 2003. Formålet var at teamet skulle prøve å få flere pasienter med på hver av aktivitetene, og 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 var deres høyeste ønske å gjøre vanlige ting, som å dra på IKEA, gå på museum og kafé, ta båten til Hovedøya om sommeren, dra på fisketur. Kort sagt: Det «vanlige folk» gjør.

I tiden etter dette gruppeintervjuet reduserte teamet sin vektlegging av og tidsbruk på fellesaktiviteter. De har ikke reist på turer som gruppe, og fellesmiddagene ble liggende brakk i noen tid. En av grunnene til at ROP reduserte de gruppebaserte aktiviteter, lå muligens i det forhold at pasientgruppen de siste to-tre årene av prosjektperioden bestod av en relativt stor gruppe som hadde en atferd og måte å relatere seg til andre på som gjorde slike fellesaktiviteter utfordrende og lite hensiktsmessig. Teamet sa i intervjuer at de etter hvert ikke lenger syntes fellesmiddagen var funksjonell i henhold til hva de ønsket å oppnå. De besluttet derfor å legge den på is for en tid.

Langsiktighet

Det heter seg i ROP-prosjektets prosjektbeskrivelse at kontakten med pasientene skulle ha et langsiktig perspektiv, og at kontakten skulle avsluttes på pasientens initiativ. ROP-teamet besluttet fra oppstarten av å ha et begrenset og konkret tidsperspektiv på behandlingen, nemlig to år.

Som det fremgår av tabell 6.3, lå gjennomsnittet på behandlinglengde for de pasienter ROP hadde skrevet ut i løpet av prosjektperioden, på nøyaktig 24 måneder. Den typiske behandlingstiden var to måneder lengre. Det fantes pasienter som både tilbrakte kortere og atskillig lengre tid i prosjektet. I intervjuer gav mange av pasientene uttrykk for at de synes det var brutalt og vanskelig å skulle tenke seg avslutning etter såpass kort tid. Andre pasienter gav imidlertid uttrykk for at de forstod at det måtte være slik. Alle pasienter vi snakket med, syntes at det hadde vært positivt om prosjektet var mer fleksibelt på dette området, og at behandlingstiden kanskje kunne settes til to-tre år i stedet for å fastsette den til to år.

6.3 Behandlingslengde for aktive og for utskrevne pasienter per 3.11.05

	Fortsatt innskrevne	Utskrevne
Gjennomsnitt antall måneder i ROP	20	24
Typisk lengde på behandling (median)	24	26
Korteste behandlingstid	1	5
Lengste behandlingstid	43	48
N	44	68

En overvekt av våre informanter er fra pasientpopulasjon 1, og kanskje har ROP-prosjektet forvaltet toårsregelen noe mer liberalt de siste årene. Teamets egne uttalelser om temaet heller i den retning, men vi vet ikke i hvilken grad dette er overensstemmende med hvordan pasienter og samarbeidsinstanser har opplevd situasjonen de siste to-tre årene. Vi kommer tilbake til spørsmålet om behandlingsslengde i kapittel 7.4.

Medisinering i ROP

Vi har registrert at 51 pasienter hadde eller hadde hatt medikamentassistert rehabilitering før de var i ROP, og/eller i hele eller deler av prosjektperioden. Av de 54 pasientene som var innskrevet fra og med 2003, har vi videre registrert at 45 prosent (24 pasienter) fikk utdelt metadon eller Subutex på ROP. I denne pasientpopulasjonen hadde 36 prosent (19 pasienter) fått forskrevet medikamentet fra prosjektets lege.

For populasjon 2 har vi samlet informasjon om utdeling av også andre medikamenter på ROP. Ser vi på A- og B-preparater (medikamenter som er klassifiserte som narkotika), var det til sammen 14 pasienter som har fått slike utdelt på ROP. Alle utenom én av disse 14 fikk medikamentet/-ene forskrevet fra ROPs lege. Vi har videre registrert at 17 pasienter fikk utdelt antipsykotiske medikamenter eller antidepressiva fra ROP, og at 18 pasienter fikk denne type medikamenter forskrevet fra ROPs lege. At ROP-teamet har hatt egen psykiater og dermed har kunnet forskrive og administrere medikamenter som utgjør vesentlige elementer i behandlingen av denne pasientgruppen, har vært et vesentlig element i teamets muligheter til å jobbe effektivt, til å kunne medisinere adekvat og til riktig tid, og ikke minst til å etterkomme pasientenes behov for ulike typer av medikamenter. Flere av pasientene har i intervjuer med oss gitt uttrykk for at teamets villighet og evne til å håndtere og administrere metadonforskriving og utdeling for dem var en viktig grunn til at de ønsket å delta i prosjektet. Dette har også vært et vesentlig element i mange pasienters uttrykte fornøydhet med teamets hjelp og støtte.

Ressursorientert motivasjonsarbeid

Et sentralt poeng i ROP-teamets tilnærming til behandling og støtte i det pasientrettede arbeidet, var det man kan kalle ressursorientert motivasjonsarbeid. I dette lå blant annet undervisningskonsepter som «Rusfrihet», «Enhver reise begynner med det første skrittet», «Jeg kan ikke klare det alene, men bare jeg kan klare det», og «Å akseptere uten å resignere». Teamet tenkte seg ved oppstarten at både deler av pårørendearbeidet, undervisningen av pasientene i rusmestring og sammenhenger mellom rusbruk og psykisk lidelse skulle foregå i grupper. Samtidig hadde de en mål-

setting om en individuell tilnærming i pasientarbeidet. I praksis er det kun det såkalte psykoedukative pårønderarbeidet som delvis har vært organisert i grupper. I dette ligger undervisningsaktige gruppesamlinger hvor man tematiserer psykisk lidelse og sammenhenger mellom rusbruk og psykisk helse, samt annen medisinsk-faglig informasjon de pårørende måtte være i behov av å lære mer om. Slik vi har forstått det, har nok også pårønderarbeidet hovedsakelig bestått av individuelle støtte/gjenkjennelsessamtaler. Det pasientrettede arbeidet har fortrinnsvis foregått én-til-én med pasientene, og etter hvert som et samarbeid mellom minst to av klinikerne.

Flere av pasientene har i intervjuer med oss gitt uttrykk for at det var viktig for dem at teamet gav uttrykk for at de trodde på dem, at de trodde det var håp i form av muligheter for positiv endring. At teamet fokuserte på de nære ting og gav praktisk råd og støtte, hadde vært viktig for dem.

Utredning, kartlegging og dokumentasjon

Tøyen-prosjektets mandat var å utvikle en klinisk behandlingsmodell som egnet seg for pasientgruppen, basert på dokumentasjon og forskningsfaglige vurderinger av hvordan de jobbet og hva de oppnådde i form av endringer hos pasienter og i samarbeidet med eksterne samarbeidsinstanser. Utprøving av ulike diagnostiske kartleggingsinstrumenter inngikk som sentrale oppgaver i denne delen av ROP-teamets mandat, og gjennomføringen av de ulike intervjuene ble forankret i den enkelte pasients samtykke til dette. Videre lå det i oppdraget at ROP skulle foreta en grundig evaluering av pasientenes utvikling og behandlingsplan minst hvert halvår.

For å kunne gjøre denne typen av vurderinger utarbeidet ROP-prosjektets ledelse og Fafo tidlig i 2001 i fellesskap en prosedyreplan, som var en oversikt over hvilke kartleggingsinstrumenter behandlerne skulle anvende på ulike tidspunkter i den enkelte pasients behandlingsforløp. Detaljene i det enkelte kartleggingsinstrumentet ble nærmere beskrevet i kapittel 2. Her tok vi for oss hvilke instrumenter man i oppstarten antok at teamet skulle prøve ut.³⁵ I ettertid kan man si at dette var helt urealistiske ambisjoner, hvis man tenker seg at alle pasientene skulle gjen-

³⁵ CIDI ble anbefalt av Østnorsk kompetansesenter, og to av psykologene i teamet gjennomførte CIDI-kurs. Dette instrumentet fant de imidlertid uegnet til bruk i prosjektet. Hele teamet hadde et dags-seminar og gjennomgang av PECC fordi det på et tidspunkt var snakk om at dette skulle implementeres i sykehussystemet, noe det ikke ble noe av. Lehmanns livskvalitetsintervju stod også på planen ved oppstart. Intervjuet ble aldri tatt i bruk systematisk av noen i teamet, først og fremst fordi teamet vurderte spørsmålene lite tilpasset ROP-prosjektets målgruppe. Diskusjonen om dette instrumentet gikk på at intervjuet virket krenkende på en så forkommen gruppe som ROP-pasientene. Intervjuet ble imidlertid anvendt av en hovedfagsstudent i psykologi som gjennomførte praksisperioden sin på ROP, og som etterpå skrev sin hovedoppgave om seks av pasientene. (Gaarder 2005).

nomgå alle disse diagnostiske intervjuene, men dette var aldri intensjonen. Mange av de aktuelle kliniske kartleggingsverktøyene er utviklet med tanke på spesifikke grupper av psykiske lidelser, og skal følgelig brukes kun når/dersom det er denne lidelsen man mistenker at pasienten lider av. For eksempel er noen av instrumentene utredning og diagnostisering av psykotiske lidelser, mens andre utreder og spesifiserer personlighetsforstyrrelser. Atter andre brukes til utredning/diagnostisering av angst- og depresjonslidelser. Tanken var at teamet, basert på sin kjennskap til den enkelte pasient, skulle anvende de instrumenter man antok var relevante, prøve dette ut med pasientene, for så å notere seg de erfaringer man gjorde angående instrumentets gjennomførbarhet, anvendelighet og nytteverdi. Dette ville i neste omgang kunne representere viktig, overførbar kunnskap fra ROP-prosjektet til andre behandlingstiltak for denne pasientgruppen. Derfor inneholder prosedyreplanen svært mange og ulike diagnostiske instrumenter, men de var altså hver seg kun tenkt brukt på de av pasientene teamet mente de var aktuelle for, og kun når/hvis behandlerne hadde vurdert det som forsvarlig å prøve ut på den enkelte pasient.

I henhold til prosedyreplanen skulle teamet blant annet registrere hvilke rus- og psykiatridiagnoser pasientene ble henvist til prosjektet med, hvilke diagnoser teamet etter kliniske vurderinger og eventuell bruk av diagnostiske intervjuer satte, og hvilke diagnoser pasientene ble skrevet ut av prosjektet med. På denne måten søkte man å sikre nødvendig dokumentasjon for å kunne belyse noen av evalueringens problemstillinger, og også sikre at man hadde dokumentert relevante endringer i pasientenes helse- og livssituasjon i løpet av behandlingstiden i ROP-prosjektet.

Som påpekt i kapittel 2 ble det i løpet av prosjektperioden utarbeidet i alt fire prosedyreplaner for datainnsamling. Dette viser etter vår vurdering flere ting, blant annet at teamet jevnlig vurderte og reviderte hvilke kartleggingsinstrumenter de mente var hensiktsmessige, etter hvert som de samlet erfaringer med instrumentenes relevans og anvendbarhet overfor pasientgruppen. At man endret oppfatninger av og planer for innhenting av data såpass mange ganger underveis, viser etter vår vurdering også at teamet nok ikke greide å gjennomføre bruken av de ulike instrumentene slik man hadde tenkt seg dette. Å være systematisk slik prosedyreplanen legger opp til, og implementere bruk av et kartleggingsinstrument på avtalt tid og prioritere dette, gikk på mange måter på tvers av ROP-prosjektets faglige tilnærming. Den var nemlig at behandlingen skulle tilpasses den enkelte pasients behov. Å gjennomføre et to timers diagnostisk intervju er tidkrevende for behandler, og det krever konsentrasjon og vilje til å snakke om smertefulle erfaringer og følelser for pasienten. Å tilpasse dette en hverdag hvor krisemestring står sentralt, viste seg svært vanskelig. Ifølge behandlerne viste det seg også vanskelig å prioritere og motivere pasientene til å gjennomføre denne typen intervjuer. Å få til de praktiske rammene var i tillegg en utfordring, selv når man hadde bestemt seg for å prøve å få intervjuet

til. Dette fordi pasientene hadde vanskeligheter med å konsentrere seg over så lange tidsrom, og fordi behandlerne traff pasientene på steder hvor det ikke egnet seg å snakke om de tema slike intervjuer tar opp.

Fafo har i løpet av prosjektperioden hatt to gjennomganger av teamets erfaringer med bruk av diagnostiske kartleggingsskjemaer, den siste i oktober 2005. Referater fra disse møtene danner grunnlaget for mye av det som her refereres som teamets synspunkter og erfaringer.

Bruk av SCID/MINI

Tre i teamet har tatt SCID-kurs. (SCID ble i kapittel 2 beskrevet som et diagnostisk intervju for psykotiske lidelser og personlighetsforstyrrelse.) 18 av pasientene som ble tatt inn i perioden 2003–2005 (34 prosent), gjennomgikk SCID eller MINI. Blant pasientene tatt inn i 2001 og 2002 var det flere, etter hva teamet opplyser til oss, om lag 30, som gjennomgikk en slik undersøkelse. Vi kan derfor anta at om lag 50 av de 116 pasientene gjennomgikk en SCID/MINI-undersøkelse i prosjektperioden.

Bruk av Tøyen I-skjema

Dette er et selvutviklet skjema som registrerer pasientens ruspåvirkning, hygiene og psykisk fungering ved hver enkelt konsultasjon. I tillegg skulle behandlerne merke av hvor konsultasjonen fant sted. Skjemaet ble utviklet i samarbeid mellom Fafo og teamet, som en måte å dokumentere sammenhengen mellom den enkelte pasients ruspåvirkning og psykiske fungering, da dette er sentral kunnskap for et dobbeltdiagnoseteam som ROP. Det ble overlatt til den enkelte behandler å velge om de ønsket å bruke dette skjemaet eller ikke. Dette førte til at noen brukte det, mens andre aldri prøvde dette ut. Blant de behandlerne som innhentet erfaringer med bruk av Tøyen I, var det flere som fant de sammenhenger mellom rusbruk og psykisk fungering de over tid kunne lese ut av skjemaet, som svært nyttig og relevant som utgangspunkt for samtaler med pasientene om nettopp sammenhenger mellom rus og psykisk helse.

Bruk av nevropsykologisk undersøkelse

Nevropsykologisk undersøkelse har blitt mer vanlig i diagnostiseringen av personer med langvarig og alvorlig rusmisbruk. Dette er en undersøkelse som kartlegger eventuell kognitiv svikt og andre organiske hjerneskader. Vi har registrert at tolv av pasientene i populasjon 2 og fire i populasjon 1 gjennomgikk denne type undersøkelse. Til sammen innebærer dette en andel på 14 prosent av alle pasientene.

Bruk av diagnostiske skjemaer

Mange av pasientene gjennomførte altså et SCID-intervju. Teamet vurderte også de første årene om de skulle anvende andre diagnostiske intervjuer, men avsto etter noe utprøving og vurderinger dette. Begrunnelsen var at de var uegnet for denne pasientgruppen, at deler av intervjuene kunne oppleves som krenkende og at de generelt var altfor tid- og konsentrasjonskrevende for pasientene. Teamet har også hele tiden betonet verdien av å etablere tillitsfulle allianser med pasientene. Mange av teammedlemmene gav uttrykk for at de opplevde dette som uforenlig med å gjennomføre denne typen intervjuer, og ved å stille noen av spørsmålene intervjuene inneholder. Et eksempel kan være det krenkende i å stille nærgående spørsmål om tid brukt sammen med venner og familie, når det for mange av pasientene er slik at de ikke lenger har (kontakt med) verken venner eller familie.

Som vist i vedleggstabell 2C, har 22 pasienter på et eller annet tidspunkt i sitt behandlingsforløp gjennomført hele ASI-intervjuet én gang. Det utgjør mindre enn hver femte pasient. Det er i all hovedsak gjennomført fullstendig ASI på pasienter i populasjon 2. Inkludert disse 22 har imidlertid hele 55 prosent (64 pasienter) gjennomgått delen av ASI som omhandler rus og rusbruk. 60 prosent av populasjon 1 gjennomgikk denne delen av intervjuet, i motsetning til om lag halvparten av dem i populasjon 2. De fleste ASI-russkjemaene vi har som datagrunnlag, er da fra pasienter fra første populasjon. (58 prosent).

I vedleggstabell 2C kan vi også se at 18 pasienter, det vil si under 16 prosent, har gjennomgått HSCL-25 ved inntak, men kun to har gjennomgått dette skjemaet også ved utskriving fra ROP.

Andre former for dokumentasjon

Midtveis i prosjektperioden gjorde teamet konkrete forsøk på å skriftliggjøre mer av det de gjorde. Et eksempel på dette er at teamet på baksiden av sin nye brosjyre fra 2003 gav en punktvis beskrivelse av hvordan selve inntaksprosessen skulle foregå. Hvert enkelt teammedlem laget dessuten våren 2003 en utfyllende pasientbeskrivelse, som ble publisert (ROP-Tøyen 2004: Gjestfrihet på prøve?). Arbeidskasusene i denne publikasjonen fungerer som beskrivelser av hvordan hver av behandlerne jobbet og tenkte rundt arbeidet med (en av) sine pasienter.

I tillegg til dette har teammedlemmene i hele prosjektperioden påtatt seg undervisningsoppdrag og holdt foredrag på nasjonale og internasjonale fagkonferanser om sentrale aspekter ved arbeidsform og pasientgruppe, og sentrale utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet om denne pasientgruppen. ROPs rolle som spisskompetanseaktør i fagfeltet, med mandat å øke kunnskap og kompetanse i det ordinære tjenesteapparatet om behandlingsprosjektets målgruppe, har ifølge teamet vært inspirerende. I henhold til samarbeidsinstansene har ROP gjort sentrale ele-

menter i teamets måte å tenke og jobbe på kjent for mange i tjeneste- og utdannings-systemene.

Som del av avslutningen av behandlingsprosjektet fikk ROP midler til å lage en film om prosjektet. I 40 minutter gis publikum innblikk i pasienters liv når de forteller om livet sitt og om sine erfaringer med samarbeidet med ROP. Filmen tar også publikum med på turer til og med pasientene, og viser behandlernes refleksjoner rundt disse møtene og hvordan de tilnærmer seg til pasientens livssituasjon og hjelpebehov.

Avsluttende vurdering av dokumentasjon

Det er vår vurdering at ROP-prosjektet ikke er tilstrekkelig dokumentert. Verken kjennetegn ved pasientene eller endringer i deres psykiske helse og rusbruk i løpet av behandlingstiden i ROP er registrert og dokumentert på en slik måte at det har vært anvendbart for evaluator som mål på endring. I tillegg er det evaluators vurdering at teamet med prioritering fra ledelsen og en tydeligere ansvarsdeling i teamet, i mye større grad ville kunne anvendt store deler av ASI-intervjuet på en måte som ville gitt prosjekt og evaluator data av tilstrekkelig god kvalitet til å gi en mer utfyllende beskrivelse av pasientgruppen. Det var det som var meningen da man bestemte å prøve ut ASI. Når det gjelder fastsettelse av pasientenes rus- og psykiatridiagnoser, er det vår vurdering at teamet har utført dette i henhold til målsettingene. Dette arbeidet burde imidlertid vært tydeliggjort gjennom en bedre dokumentasjon.

6.4 Fagutvikling og kompetansebygging

Ved oppstarten av ROP var det ikke fastlagt hvordan man skulle organisere fagutvikling og kompetansebygging. Men i løpet av prosjektets første halvår ble det arrangert en rekke faglige møter, med opplæring i bruk av ulike diagnostiske kartleggingsskjemaer, fagdager med presentasjon av fagartikler om sentrale terapeutiske problemstillinger som overføringsproblematikk ved psykoterapi med mer. I løpet av våren 2001 ble det bestemt at man skulle gjennomføre et todagers internt fagseminar. Dette har man gjentatt på forsommeren hvert år. Ellers hadde teamet fagmøter om lag hver andre uke med ulike relevante temaer, og halvdagssamlinger om lag hvert kvartal til kvalitetssikring av diagnosesettingen på pasientene og utforming av individuelle planer og så videre. Teammedlemmene vektla gjennom hele prosjektperioden viktigheten av jevnlig faglig oppdatering, og har etterlyst dette. Det har også vært argumentert for at teamet måtte ha jevnlig studieturer/arrangementer.

Teammedarbeiderne har understreket viktigheten av dette i en såpass utsatt jobb som teamet hadde.

ROP har på ulike måter, blant annet gjennom det de tjente inn gjennom ekstern undervisning og foredragsvirksomhet, lagt et økonomisk grunnlag for gjennomføring av kompetansehevende tiltak. I alle år, unntatt 2004, brukte teamet disse midlene blant annet til studieturer til utlandet. På høsten i fire av de fem prosjektårene reiste de henholdsvis til København (2001), Stockholm (2002), London (2003) og Trieste (2005). De ansatte i ROP beskrev at disse turene gav spennende faglig påfyll og inspirasjon, de var verdifulle ventiler i en hektisk hverdag, og de var viktige bidrag til teamets arbeidsmiljø. I intervjuer med oss sier de ansatte at disse turene gav teamet inspirasjon til å fortsette eget utviklingsarbeid, og ikke minst fikk de innspill og nye tanker omkring eget arbeid. Turene viste ellers at det foregikk mye positivt arbeid med pasientgruppen mange steder i Europa, men at ROP ikke lå etter de andre. Det er Fafos inntrykk at spesielt turen til København i første prosjektår med besøk på botiltak og gatenære tiltak fant sted på et viktig tidspunkt i teamets faglige utvikling, og inspirerte de ansatte. Turen til London i 2003 med besøk hos aktivt oppsøkende behandlingsteam (såkalte Assertive Outreach Teams) har vi også oppfattet at teamet opplevde som veldig inspirerende og viktig.

I 2001 startet man også opp internt ledet veiledning, ved at teammedlemmene to og to gikk til veiledning hos teamets prosjektleder og psykologspesialist. Ordningen ble bare delvis fulgt opp, og de sluttet med dette i en periode. Det fremkommer i intervjuer med de ansatte at denne ordningen ikke fungerte tilfredsstillende for flere i teamet, og at den derfor rant ut i sanden. Dette dreide seg, etter det Fafo kjenner til, om ulik aksept av tilskrevet posisjon og status hos de av psykologene som skulle fylle disse funksjonene. ROP-teamet var, spesielt den første tiden, preget av egalitet og flat teamstruktur, og ordningen med intern veiledning var ikke tilstrekkelig forankret i teamet. Seinere i prosjektperioden fikk nyansatte behandle veiledning fra prosjektleder og psykologene i prosjektledeisen.

I hele prosjektperioden hadde teamet prosessveiledning av ekstern psykiater om lag hver fjortende dag. Det tok noe tid før dette kom i gang, og den første veiledningen ble gjennomført i september 2001. Av intervjuene med de ansatte kommer det frem at disse veiledningene ikke fungerte helt etter forventningen de første seks til åtte månedene.

Ifølge teamet er dette for så vidt erfaringer også andre liknende fagmiljøer har gjort seg. Det tar gjerne en del tid å utvikle en felles oppfatning av hva slike veiledningstimer skal brukes til, og å utvikle tilstrekkelig tillit til seg selv og hverandre til at man tør å tematisere de personlige og gruppemessige utfordringene. Flere i teamet har sagt at erfaringsmessig tar det gjerne minst ett år før prosessveiledning i slike team og fagfellesskaper blir behandlerfokuserende og dermed gode. En viktig funksjon

med slik veiledning er at teamet og behandlerne skal fokusere på egne følelser og utfordringer de opplever at de står oppe i i det daglige arbeid og samarbeid.

Teamet gjorde avtale med en ny veileder fra 1. januar 2006. Veiledningen i prosjektperioden blir i temaet oppfattet som å ha vært av uvurderlig verdi for dem og deres utvikling.

Flere av de ansatte gav i intervjuer uttrykk for at de var overrasket over at de ved prosjektstart ikke i større grad ble invitert til å delta i utviklingen av teamets faglige fundament. Noen opplevde at de ble forelagt allerede formulerte føringer, og at teamledelsen hadde bestemt det meste før de andre startet i sin jobb, uten at dette hadde vært tilstrekkelig fremhevet i jobbintervjuene. Rent faktisk viser våre observasjonsdata at de ansatte har deltatt i mange diskusjoner om faglig plattform og sentrale behandlingsprinsipper, og hvilke prioriteringer som gjelder og så videre. Etter vår vurdering kan den registrerte opplevelsen av forutbestemte føringer tyde på at rekrutteringsprosessen ikke tydeliggjorde godt nok at ROP-prosjektet var et modellutviklingsprosjekt med et tildelt mandat, og videre hva dette mandatet gikk ut på, og hva de ansatte ble invitert inn i.

Denne utydeligheten var muligens delvis tilsiktet og delvis utilsiktet fra prosjektledelsens side, fordi de ønsket både å skape rom for at teamet skulle gå seg til på egne premisser, og at hver enkelt skulle være delaktig i utformingen av kriterier for det pasientrettede arbeidet. Det er vår opplevelse etter deltakelse på mange av de faglige diskusjonene i teamet at alle diskusjonene førte til at teammedarbeiderne ble veldig godt kjent med hverandre og at de endret mye underveis som følge av de interne diskusjonene i teamet. Det har til tider vært stor uenighet om hva og hvordan man skulle utføre konkret både pasientrettet arbeid og eksternt rettet arbeid. I ettertid kan det se ut til at de mange arenaene for diskusjon som teamets ledelse etablerte, gav teamet et godt fundament til å stå på og å håndtere forskjellighet i staben.

6.5 Sammenfatning

På bakgrunn av gjennomgangen foran har de mest sentrale kjennetegn ved ROP-teamet og deres arbeidsform i prosjektperioden vært følgende:

- Teamets tverrfaglige sammensetning gav en samlet bred faglighet, en bredde i erfaringsgrunnlaget og et stort personlig og faglig nettverk som har vært sentralt både i det pasientrettede arbeidet og ikke minst med hensyn til det eksterne samarbeidet.

- Teamets brede kjønns- og alderssammensetning gav teamet personlig og faglig ballast og erfaring som har vært helt vesentlig for teamets tåleevne. Det har ifølge teamet vist seg at alder er et kvalitetsstempel i arbeidet med denne pasientgruppen. Det er en stor fordel med mye og bred erfaring og et personlig og faglig nettverk for ikke å bli sittende alene.
- Etter hvert utviklet ROP-prosjektet en mer eksplisitt teambasert tilnærming. Etter vår vurdering var dette et viktig element i den interne kvalitetssikringen av arbeidet, og viktig for den enkelte og teamets samlede faglige utvikling. Ved at det i prinsippet alltid var mer enn én behandler per pasient, ble den interne overlappingen samt pasientenes tilgang til hjelp når de trengte det, bedret. Samtidig medførte en slik intern organisering av personalressursene at de ansatte kikket hverandre tilstrekkelig over skulderen til at det var lettere å hindre hjelpeløshet og tilkortkommenhet blant behandlerne.
- Teamtilnærmingen sikret pasientene tilgjengelighet ved at de til enhver tid hadde flere å henvende seg til, og at de ansatte overtok for hverandre i fraværperioder.
- Få pasienter per behandler sikret pasientene god tilgang på ROPs ressurser, og muliggjorde hyppig kontakt og intensiv oppfølging ved behov.
- ROP-teamet gikk fra å tenke fire til å tenke tre faser. Teamet mener at faseinndelingen var et viktig hjelpemiddel for å se behandlingstiden som prosess. At faseinndelingen gjør eksplisitt at man i én periode skal bruke mye ressurser på kontaktablering, og at det deretter kommer en fase for aktiv behandling som mer retter seg inn mot overføring av pasienten til det ordinære tjenesteapparatet. Å tenke i faser medvirker til helhetlig tenkning rundt den enkeltes behandlingsprosess.
- Teamet har på tross av mange innvendinger fra pasienter og samarbeidsinstanser beholdt regelen om toårig behandling. Teamet har imidlertid gjort tilpasninger som innebærer en mer fleksibel overgang for de av pasientene som teamet vurderer trenger dette, og/eller der hvor systemene rundt ikke greier å stille opp med nødvendig hjelp og støtte.
- Teamet har etter evaluators vurderinger ikke i tilstrekkelig grad prioritert beslutninger rundt, og implementering av, bruk av kliniske kartleggingsinstrumenter. Det er viktig å kunne beskrive også andre sentrale kjennetegn ved pasientene enn rus og psykiatridiagnoser, og det er av verdi at prosjektet kan dokumentere hvilke endringer som skjer med pasientgruppen i løpet av behandlingstiden i ROP. Det ville også hatt stor overføringsverdi å kunne dokumentere hvor pa-

sientene tar veien etter utskriving fra ROP, og i hvilken grad de kommer tilbake til prosjektet.

- Teamet jobbet oppsøkende ved at en stor andel av deres pasientrettede arbeid og samarbeid med andre skjedde andre steder enn i teamets egne lokaler. De gode samtalene ble gjennomført like ofte i bilen på vei til IKEA, som på behandlers kontor på Tøyen. Det er vår vurdering at det for teamet ligger et ytterligere potensial i å videreutvikle det oppsøkende arbeidet i retning av aktivt gatearbeid. Dette som strategi også for kjennskap om og til rekruttering av nye pasienter.

7 Inntaksprosess og eksternt samarbeid

Kapitlet beskriver veien inn til og ut av ROP. Vi retter oppmerksomheten spesielt mot hva som skjedde i inntaksprosessen i ROP-prosjektet. Med inntaksprosess mener vi det som ble gjort i forbindelse med at pasienter ble henvist til prosjektet, herunder teamets utredninger og vurderinger, og deres beslutninger om hvorvidt den enkelte pasient skulle tas inn i prosjektet eller ikke. I kapitlet vil vi derfor rette søkelyset mot spørsmål som: Hvordan ble pasientene rekruttert til prosjektet? Hvem var det som ble henvist? Hvem var det som henviste? Hvor lang tid brukte teamet på å rekruttere pasienter til behandling?

Et vesentlig element i inntaksprosess, behandling og utskriving var ROP-prosjektets samarbeid med omgivelsene. Vi vil bruke våre intervjuer med samarbeidsinstanser i kapitlet for å belyse kvaliteter og utfordringer knyttet til ROPs samarbeid med andre instanser.

7.1 Henvisningsprosessen

ROP-prosjektet har ikke hatt faste inntaksperioder eller søknadsfrister. De utredet, vurderte og tok inn pasienter kontinuerlig gjennom hele prosjektperioden, med noen unntak i perioder hvor de hadde «inntaksstopp» grunnet stort arbeidspress.

Vurdering av henvisninger ble foretatt ved at prosjektleder og administrasjonskonsulent tok en første gjennomgang av disse. Prosjektleder orienterte så teamet om at henvisning var mottatt. Dersom en søker ble ansett som aktuell, spurte prosjektleder om noen i teamet ønsket å ta saken til utredning. Den ansatte som tok saken, fikk tildelt ansvaret for den videre inntaksutredning. Dette innebar å ta kontakt med henviser, pasient og andre relevante aktører. Deretter ble henvisningssaken/pasienten presentert for resten av teamet på et nytt inntaksmøte. ROP anså det som viktig å treffe pasienten selv, og sammen med pasienten finne ut av hvorvidt ROP var et riktig og ønsket behandlingstiltak for vedkommende. Dette medførte at det kunne ta forholdsvis lang tid fra utredningsarbeidet starter til teamet hadde tilstrekkelig informasjon til å kunne beslutte hvorvidt vedkommende skulle tas inn i prosjektet eller ikke. Saken ble så presentert for teamet igjen, på et behandlingsmøte hvor også psykiater var til stede. Dersom de ble enige, ble det fattet vedtak om enten inntak

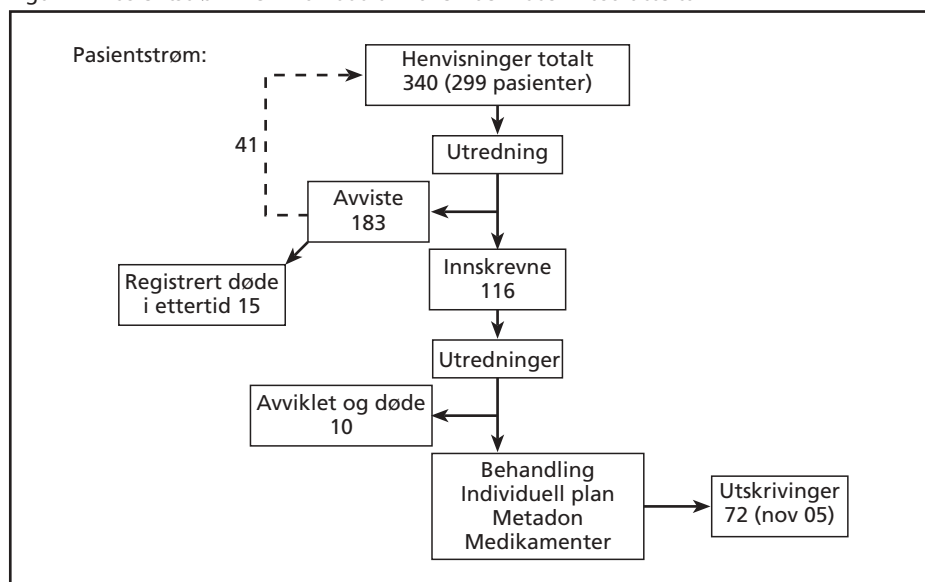
eller avslag. Dersom de var uenige internt, hendte det at de tok en ny runde på neste inntaksmøte.

Tiden dette tok, varierte. Ikke minst fordi det inngikk som prinsipp at minst to i teamet i løpet av utredningstiden skulle treffe pasienten, og at det også skulle gjennomføres et hjemmebesøk som del av utredningsprosessen. Det tok dessuten i mange tilfeller tid overhodet å komme i kontakt og ikke minst greie å få til et møte med pasientene. Dette kunne ta opp til et halvt år å få til.

Vi vet ikke hvor mange potensielle pasienter som finnes i ROPs opptaksområde. Dermed vet vi heller ikke hvor mange som potensielt ville kunne stille seg i kø og etterspørre ROPs tilbud. Som sagt i kapittel 3 er det mulighet for at det finnes mange i ROPs målgruppe som aldri har vært i kontakt med behandlingsapparatet, men dersom vi holder oss til kartleggingsundersøkelsen fra Statens helsetilsyn (2000), ble gruppen som oppholdt seg i Oslo i 1999, anslått til rundt 300. Andre kilder anslår mellom 300–500 med opphold i Oslo (ARA 2005).

Vi finner at det fra høsten 2000 til desember 2005 var 340 henvisninger til ROP. Bak disse skjuler det seg 299 personer. Dette betyr i klartekst at det var 299 personer som i løpet av de fem årene ROP har eksistert, enten har gitt uttrykk for at de ønsket det behandlingstilbudet ROP tilbød, eller lot seg overbevise om at ROP var verdt å prøve. 41 personer ble henvist mer enn én gang til prosjektet. 31 av disse ble henvist to ganger, 23 ble avvist fra ROP mer enn én gang og ti personer ble henvist i alt mellom tre og fem ganger (se vedleggstabell 7A).

Figur 7.1 Pasientstrøm ROP fra 2000 til november 2005. Absolutte tall.



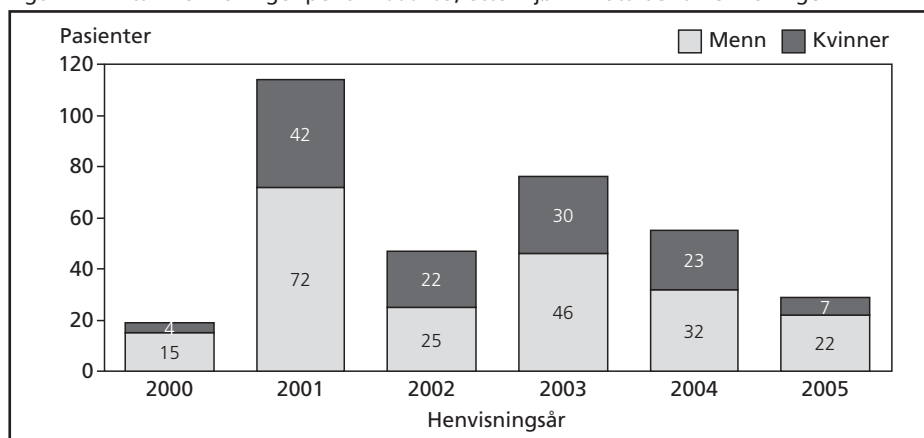
Av de 299 personene var det totalt 116 som ble skrevet inn i ROP. Dette utgjør 39 prosent. Blant de 116 pasientene som ble innskrevet, døde fire i perioden 2001–05 (3 prosent). I alt 183 personer ble i løpet av prosjektperioden avvist av ROP. Dette er sannsynligvis personer som hjelpeapparatet følte seg maktesløse overfor, som de ikke opplevde de hadde et adekvat tilbud til, eller som de opplevde ikke fikk utbytte av de tiltak og behandlinger de fikk. De ble uansett vurdert å være i behov for et behandlingstiltak som ROP. Hva som skjedde med disse pasientene etter avslag fra ROP, vet vi ikke så mye om, bortsett fra at 15 av de 183 (8 prosent), er registrert døde etter henvisningstidspunktet. Vi føler oss litt usikre på de sist nevnte tallene, men dersom de er riktige, viser de med tydelighet en høyere dødelighet blant dem som ble avvist enn blant dem som ble tatt inn i prosjektet. Til sammenlikning er dødeligheten blant ROPs pasienter langt lavere enn i en tilsvarende pasientgruppe i Sverige. Der ble dødeligheten i 2005 angitt til åtte prosent.³⁶

Henvisningstrykk over tid

ROP-prosjektet startet opp i januar 2001, men de hadde i realiteten tatt inn noen pasienter allerede høsten 2000. Dette hadde sin bakgrunn i at to psykologer i det kommende ROP-prosjektet jobbet på Tøyen DPS. De hadde startet inntaksprosessen i påvente av at prosjektet skulle få sin bevilgning offisielt bekreftet.³⁷

Figur 7.2 viser at selv om prosjektet praktiserte kontinuerlig inntak av nye pasienter, så var henvisningstrykket størst henholdsvis ved oppstarten av prosjektet og

Figur 7.2 Antall henvisninger per år 2000–05, etter kjønn. Totalt 340 henvisninger.



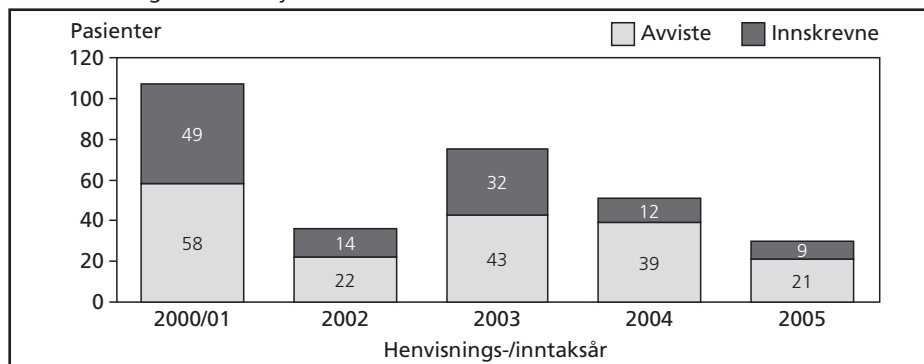
³⁶ Gjelder en pasientgruppe i Skellefteå. Kilde: Presentasjon av Elin Löfroth på Terapi på hjul-konferansen på Lillehammer i april 2006.

³⁷ Dette er forklaringen på at vi i noen av våre grafiske fremstillinger har med år 2000, på tross av at prosjektet ikke startet opp før i 2001.

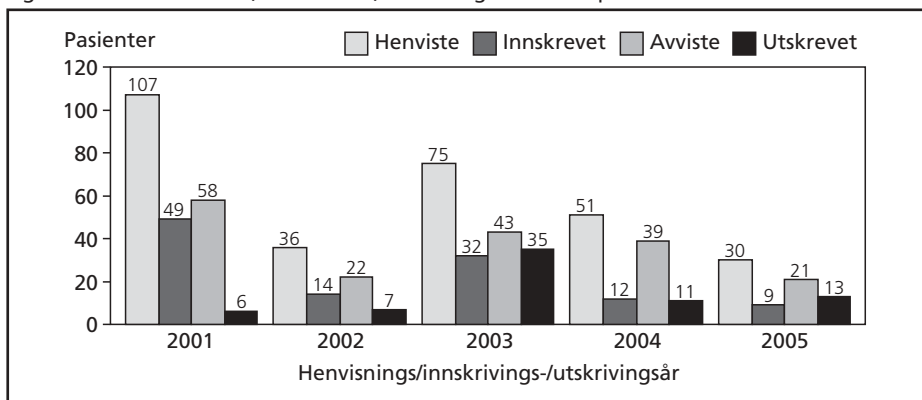
cirka to år seinere. Denne syklusen var et direkte utslag av at «langsiktig perspektiv» av teamet var definert til to års behandlingstid. Bevegelsen i henvisningskurven kan tyde på at omgivelsene var informert om den synkende behandlingskapasiteten i 2002 og den tilsvarende økte kapasiteten i 2003. En tilleggsforklaring på den lave etterspørselen både i 2004 og 2005 kan være at det i denne perioden var uklart for omgivelsene hvorvidt ROP fortsatt skulle være et bydekkende prosjekt eller et prosjekt kun for egen sykehussektor. En slik usikkerhet kan ha ført til at potensielle henvisere utenfor egen sykehussektor lot være å henvise pasienter til ROP. Flere av samarbeidsinstansene har i intervju med oss gitt uttrykk for at de opplevde ROP-prosjektet som lite tilgjengelig og vanskelig å komme i dialog med i denne perioden (2003). Dette bekreftes også av våre observasjonsdata. Mange i teamet var slitne etter å ha gått gjennom krevende separasjonsprosesser med mange pasienter. Teamet hadde på slutten av 2002 og i løpet av 2003 totalt skrevet ut 42 pasienter. Teamet opplevde at mange av pasientene ikke var klare for å gi slipp på ROP. Uansett var avslutningsprosessene med overføring til annen behandlingsansvarlig både en tidkrevende og følelsesmessig krevende del av teamets arbeid både i denne perioden og i resten av prosjektperioden. Mange av de ansatte opplevde at luften gikk litt ut av ballongen for en periode, og at det var tungt å ta inn og starte opp med nye pasienter. Sommeren og høsten 2003 viste seg også å bli den perioden med lavest antall pasienter, med rundt 40 pasienter inne til behandling (se figur 6.1).

Figur 7.3 viser at teamet hadde høy aktivitet i 2003, ved at de både behandlet mange nye søknader (i alt 75), skrev ut og overførte mange «gamle» pasienter til andre deler av behandlingsapparatet og etablerte kontakt med nyinnskrevne pasienter (i alt 43 for hele 2003). Dette bekrefter bildet beskrevet over. I 2004 og 2005 sank aktivitetsnivået noe ved at teamet mottok færre søknader og også tok inn noe færre pasienter enn i 2003. I 2004 ble i alt 12 pasienter avvist og 39 nye pasienter skrevet inn. Det tilsvarende tallet for 2005 var henholdsvis 9 og 21.

Figur 7.3 Antall innskrevne og avviste pasienter per år. For pasienter med flere henvisninger er den siste registrerte benyttet. N=299.



Figur 7.4 Antall henviste, innskrevne, avviste og utskrevne pasienter i 2001–2005

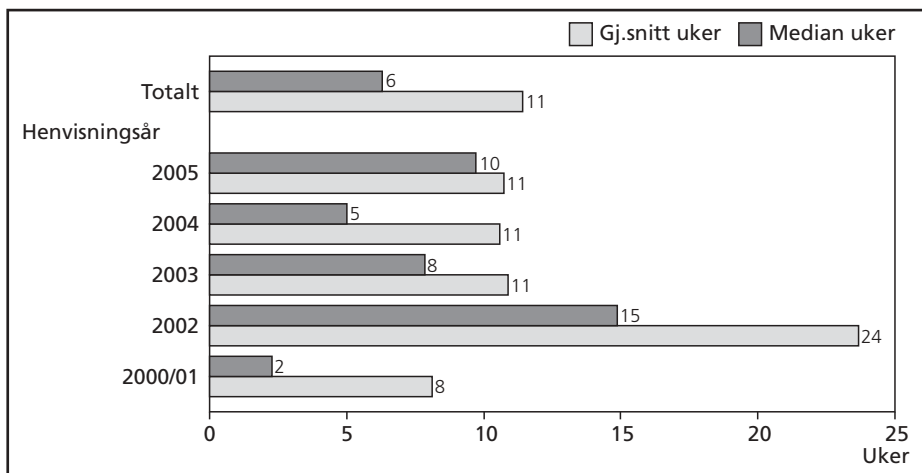


Som det fremgikk av figur 7.2, ble det i hele prosjektperioden henvist flere menn enn kvinner til ROP. Andel henviste kvinner varierer fra 21 prosent i 2000 til den høyeste i 2002 hvor 49 prosent av de henviste var kvinner. I 2005 var igjen kvinneandelen lav: Kun 24 prosent av de henviste var kvinner.

Det fremgår av figur 7.2 at teamet i alt forholdt seg til 133 henvisninger det første året, (2000/2001). Figur 7.4 viser at dette totalt var 107 personer. 49 (46 prosent) av dem ble tatt inn i prosjektet, mens 58 ble avvist. I 2002 ble kun 36 pasienter henvist og 14 skrevet inn.

Figur 7.5 viser hvor lang tid ROP-teamet brukte på å motta, utrede og vurdere henvisningene. Totalt for hele prosjektperioden hadde ROP-teamet i gjennomsnitt brukt elleve uker på å vurdere og avgjøre hvorvidt mottatte henvisninger skulle føre

Figur 7.5 Uker mellom henvisning og innskriving, etter henvisningsår. Gjennomsnitt og median antall uker. N=116.



til innskriving i prosjektet eller avslag. Figur 7.5 viser at det ikke var i perioder med flest henvisninger at teamet bruker lengst tid på å saksbehandle disse. Det var i perioder med mange innskrevne pasienter at dette tok lengst tid. Dette gjenspeiles ved at i 2002, da prosjektet hadde 50 pasienter inne til behandling, brukte teamet i gjennomsnitt 24 uker (1/2 år) på å behandle nye henvisninger.

I figur 7.5 fremkommer det at tiden det tok fra henvisning forelå til avgjørelse om innskriving var tatt, varierte. Den typiske pasient har hatt en ventetid på seks uker. I gjennomsnitt har pasientene blitt skrevet inn elleve uker etter henvisning. Enkelte pasienter er registrert henvist og innskrevet samme dag, mens én pasient er registrert med hele 107 ukers avstand i tid mellom siste registrerte henvisning og innskriving. Denne variasjonen skyldes både varierende arbeidspress i teamet og (i perioder) uklare rutiner rundt henvisninger og inntak. Så store variasjoner har helt klart ført til ulike oppfatninger i omgivelsene av ROPs tilgjengelighet. I 2002 tok prosessen i gjennomsnitt 24 uker, mens halvparten av de henviste fikk sin sak avgjort i løpet av 15 uker. For den andre halvparten tok det altså lengre tid. Vi vet fra vår deltakelse på morgenmøter og behandlingsmøter fra denne perioden at teamet innførte en kortere periode med inntaksstopp. De brukte da minimalt med tid på å forholde seg til innkomne søknader, og dette har klart innvirket på de årlige produksjonstallene. I gjennomsnitt tok denne prosessen åtte uker i 2000/2001, mens den økte til 24 uker i 2002. På tross av flere henvisninger greide teamet å redusere saksbehandlingstiden igjen i 2003, med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på åtte uker.

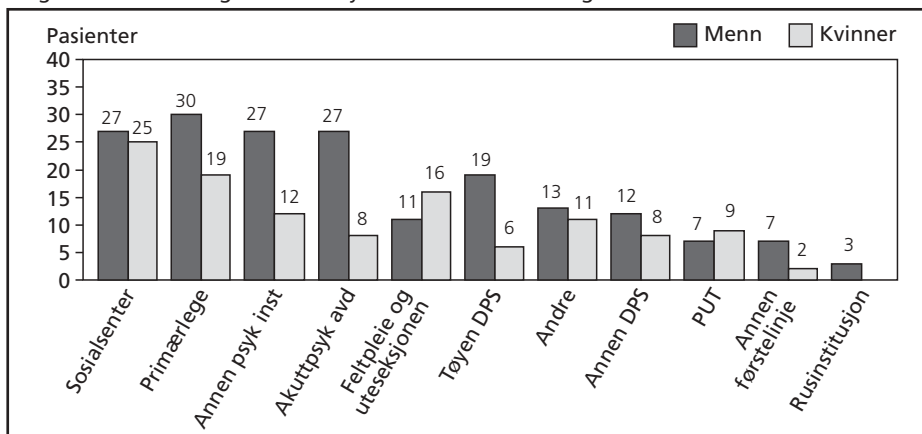
7.2 ROPs prioriteringer i perioden

Prioritering av kvinner

Som det fremgikk av gjennomgangen over, så har det gjennom hele prosjektperioden blitt henvist flere menn enn kvinner til ROP. På det laveste var kvinneandelen 21 prosent, på det høyeste 49 prosent. Prosjektperioden sett under ett viser en kjønnsfordeling blant de henviste på 39 prosent kvinner. I kapittel 5 viste vi at andelen kvinner blant de innskrevne var 46 prosent.

Som tidligere påpekt anslår nasjonal og internasjonal faglitteratur en kjønnsfordeling i målgruppepopulasjonen på 70 : 30, med flest menn. En slik kjønnsfordeling er også påvist i grupper utenfor de tradisjonelle behandlingstiltakene, samt i lavterskeltiltakenes brukergrupper, som for eksempel Sprøytebussen og Feltpleien i Oslo. Slik disse anslagene viser, så har kvinnene vært overrepresentert blant de henviste til ROP-prosjektet.

Figur 7.6 Antall menn og kvinner, etter henvisende instans. For pasienter med flere henvisninger er den siste registrerte benyttet. 116 innskrevne og 183 avviste.



Grunnene til dette kan være flere, som for eksempel at det før opprettelsen av ROP var færre behandlingstiltak for denne målgruppen som egnet seg, var åpne for eller ble tilsøkt av kvinner, og at ROP på den måten var svaret på et udekket behov for behandlingsplasser for kvinner i Oslo. En annen forklaring kan være at ROP hele tiden har rekruttert flere kvinner fordi de har hatt kontakt med et «skjevt» utvalg henvisere, instanser som har kontakt med flere menn enn kvinner, og derfor henviser flere kvinner enn menn til ROP. Vi har ikke data som gjør det mulig for oss å avgjøre hvilke av disse forklaringene som er viktigst og riktigst, men vi har grunn til å tro at begge kan fungere som mulige delforklaringer.

Figur 7.6 viser da også at menn og kvinner ble henvist fra ulike instanser; kvinnene var overrepresentert både fra sosialsentre, PUT (Psykiatrisk Ungdoms Team), feltpleie og gatenære tiltak. Det var derimot flere menn enn kvinner som ble henvist fra Tøyen DPS, akuttpsykiatriske avdelinger og andre behandlingssenheter i psykisk helsevern. Hvorfor dette gir den kjønnsfordelingen vi har sett over, har vi ikke forklaringer på utover hva vi allerede har spekulert i over.

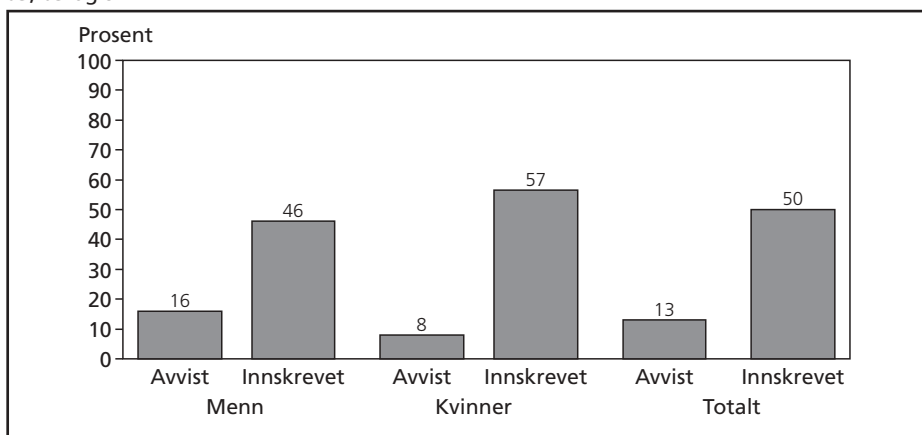
Kjønnsfordelingen blant de innskrevne pasientene i ROP viser at andelen kvinner her var relativt høyere enn andelen kvinner blant de henviste. Kun 34 prosent av de mennene som ble henvist, ble skrevet inn, mens hele 46 prosent av de henviste kvinnene ble tatt inn. Prosjektet hadde altså en overrepresentasjon av kvinnelige pasienter. Vi har ikke data som tyder på at denne kjønnsfordelingen skyldes særtrekk og prioriteringer i teamet, eller at dette er et resultat av at det blant dem som henvises til ROP, er flere kvinner enn menn som tilfredsstillende ROP-prosjektets sykkelighets-, hjelpeløshets-, bedrings- og alderskriterier. Det kan være ting som tyder

på at systemene rundt ROP har vært enda mer hjelpeløse når det gjelder å kunne tilby disse kvinnene gode behandlingstilbud enn hva tilfellet har vært for mennene, rett og slett fordi mennene tradisjonelt har utgjort flertallet av pasientene både i akuttavdelinger og sterkavdelinger. Utover dette henviser vi til hva som er skrevet over.

Prioritering av bostedsløse

Dersom vi ser på bosituasjon ved inntak i prosjektet, så var totalt 50 prosent av de innskrevne pasientene uten fast bolig (UFB). Slik vi har forstått definisjonen og bruken av begrepet UFB, er dette en betegnelse som brukes på dem som ikke er registrert med fast bostedsadresse, eller som er registrert med midlertidig bosituasjon betalt av sosialkontoret. Henholdsvis 57 prosent av kvinnene og 46 prosent av mennene var registrert som UFB ved inntak i prosjektet. Samlet sett var halvparten av dem som ble tatt inn i ROP, bostedsløse, mens bare 13 prosent av de avviste var det. Dette viser at ROP prioriterte pasienter med ustabil bosituasjon. Dette var i samsvar med prosjektets uttalte målsettinger om å bidra både til en utredning av pasientgruppens boligbehov, og en prioritering av å stabilisere bosituasjonen som forutsetning og element i et helhetlig behandlingsopplegg.

Figur 7.7 Andelen menn og kvinner som var registrert uten fast bolig (UFB) ved henvisningstidspunkt, etter om pasientene ble innskrevet. For pasienter med flere henvisninger er den siste registrerte benyttet. N for avviste og innskrevne menn og kvinner er henholdsvis 120, 63, 63 og 52.



Prioritering av yngre pasienter

Gjennomsnittsalderen blant dem som ble henvist til ROP i prosjektperioden, var relativt høy, nærmere bestemt 34 år. Siden vi vet (se kapittel 5 i denne rapporten) at de fleste av ROP-pasientene debuterte med rusmisbruk før de fylte 15 år, kan dette

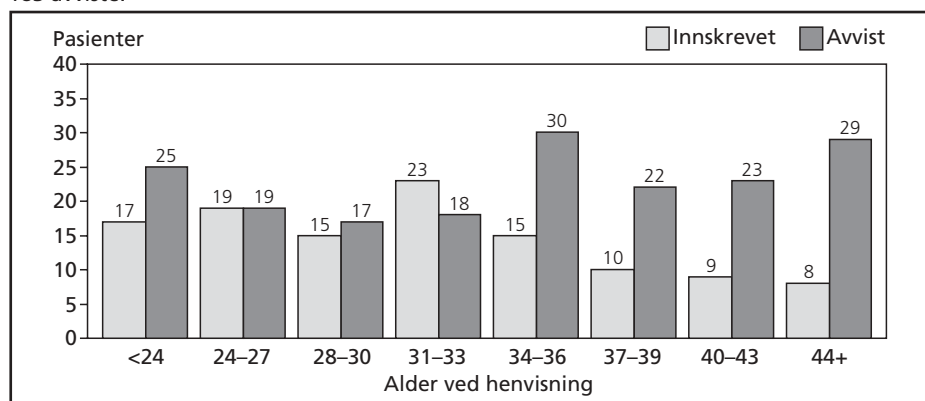
Tabell 7.1 Henviste pasienters alder etter henvisningsår. Gjennomsnittlig og median alder.

	Gjennomsnitt	Median	N
2000	32	31	19
2001	33	33	114
2002	35	33	47
2003	33	32.5	76
2004	35	34	55
2005	33	35	29
Totalt	34	33	340

tyde på at det for de fleste tar mellom 10 og 20 år å utvikle så alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk at man i hjelpeapparatet vurderes å være i ROP-prosjektets målgruppe. Tabell 7.1 viser at alderen på de henviste pasientene steg noe i perioden. Den typiske henviste pasient var om lag 32 år i prosjektets oppstart, og 35 år i 2005. Separate analyser viser at om lag 33 prosent av dem under 25 år var kvinner, og kvinneandelen var stigende med alder. Blant de henviste på 45 år og mer var nesten halvparten kvinner.

Figur 7.8 viser klart at ROP prioriterte aldersgruppene opp til 34 år, spesielt aldersgruppen 31–33 år. Her var det flere som ble tatt inn enn som ble avvist. I aldersgruppen 24–27 år var fordelingen mellom innskrevne og avviste 50 : 50. Blant de aller yngste var det også relativt sett flere som ble avvist. I aldersgrupper høyere enn 33 år var det en synkende andel som ble skrevet inn i ROP-prosjektet.

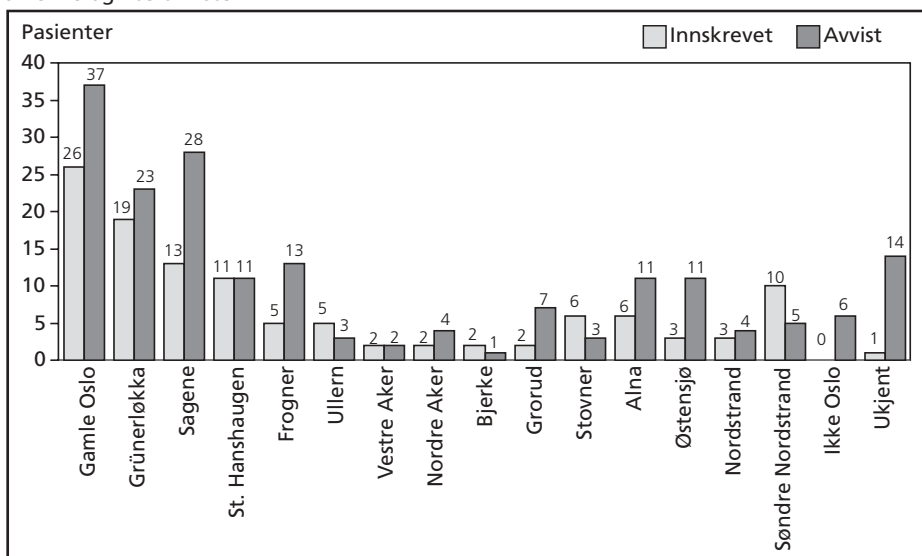
Figur 7.8 Henviste pasienters alder, etter om pasienten ble innskrevet eller avvist. Absolutte tall. Alder ved siste registrerte henvisning for dem med flere henvisninger. 116 innskrevne og 183 avviste.



Bydelstilknytning

ROP var et bydekkende prosjekt. Det innebar at de skulle ta imot henvisninger fra hele Oslo. Oversikten over hvor i Oslo de henviste pasientene kom fra, viser at de fleste var registrert tilknyttet de sentrumsnære bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen. Ut fra figur 7.9 ser det ut til å være større overensstemmelse mellom hvem henviserne i bydelene og ROP-teamet vurderte som å være i ROPs målgruppe i noen bydeler enn i andre. Som figuren viser, var det kun bydelene Ullern, Stovner og Søndre Nordstrand som har fått inn flere enn de har fått avvist, men disse bydelene har heller ikke henvist særlig mange pasienter totalt sett. En mulig forklaring på at de andelsmessig har fått inn flere pasienter, er kanskje at det i disse bydelene var få tilbud utenom ROP som kunne bidra til et helhetlig tilbud for disse pasientene.

Figur 7.9 Henviste pasienters bydelstilknytning, etter om pasienten ble innskrevet eller avvist. Absolutte tall. Alder ved siste registrerte henvisning for dem med flere henvisninger. 116 innskrevne og 183 avviste.



7.3 Hvilke instanser henviste pasienter til ROP?

Tabell 7.2 viser at førstelinjeinstanser som sosialsentre og primærleger og gatenære tiltak som feltpleie og uteseksjon til sammen stod for 43 prosent av det totale antall henvisninger til ROP i prosjektperioden. 43 prosent av henvisningene var fra spesialisthelsetjenestens psykiaritiltak, og 38 prosent fra førstelinjen. Når det gjelder enkeltinstanser, var det sosialsentre med 19 prosent, primærleger med 16 og psyki-

Tabell 7.2 Antall henvisninger fra ulike instanser per år, samt prosentvis fordeling for perioden samlet. Absolutte tall og prosent.

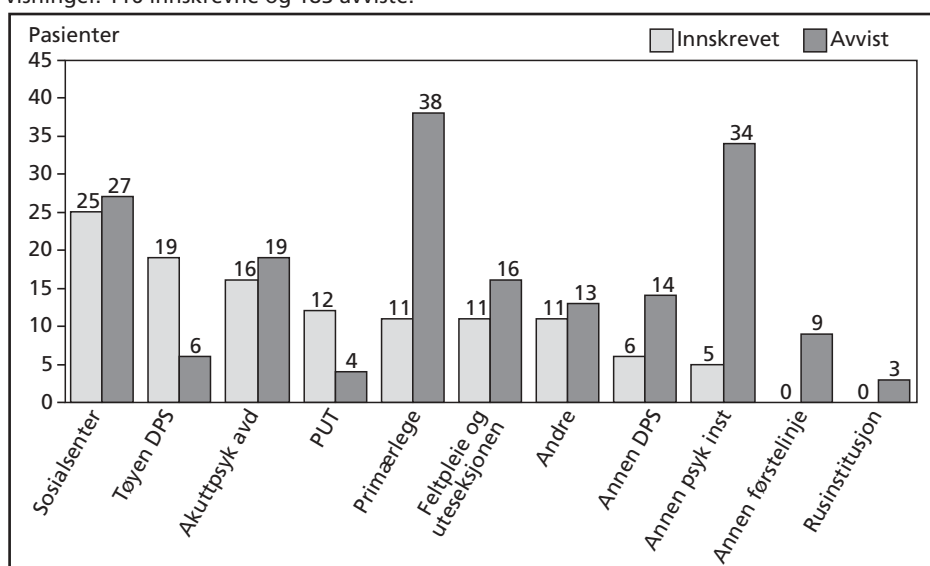
Henvisende instans	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	Prosent
Tøyen DPS	13	5	2	2	0	3	25	7
Annen DPS	0	12	3	7	2	1	25	7
Akuttpsyk. avd.	2	19	3	5	4	6	39	11
PUT	1	4	4	8	1	0	18	5
Annen psyk. inst.	1	15	4	15	9	1	45	13
Sosialsenter	0	17	8	19	15	4	63	19
Primærlege	2	13	10	10	14	7	56	16
Annen førstelinje	0	2	1	1	1	5	10	3
Feltpleie og uteseksjonen	0	14	5	5	4	0	28	8
Rusinstitusjon	0	0	0	1	0	2	3	8
Andre	0	13	7	3	5	0	28	1
Totalt	19	114	47	76	55	29	340	100

atriske døgninstitusjoner med 13 prosent av henvisningene som henviser flest pasienter til ROP. Tabellen viser videre at påtrykket varierte over tid fra de forskjellige instanser. Tøyen DPS var av grunner vi allerede har vært inne på, en stor bidragsyter i 2000/2001, men har etter dette bare henvist noen få nye pasienter til ROP-prosjektet. Det ser ut til at det er en tendens til at alle instanser i det psykiske helsevernet, bortsett fra døgnbaserte tjenester, har vist avtagende behov for ROP-prosjektets behandlingstilbud i løpet av perioden 2001–2005. En mulig forklaring er at uklarhetene rundt hvorvidt prosjektet skulle fortsette som bydekkende prosjekt, ført til at disse instansene i større grad enn andre har latt være å henvise til ROP.

Hvilke instanser fikk pasienter inn ved ROP?

Figur 7.10 viser helt tydelig at det var pasienter fra spesielt to instanser som i stor grad ble avvist fra ROP-prosjektet. Det var de som ble henvist fra primærleger og de som ble henvist fra annen psykiatrisk institusjon. For pasienter som ble henvist fra Tøyen DPS og PUT-systemet, var situasjonen at det var flere som ble tatt inn i ROP enn som ble avvist. Videre ser vi at også sosialsentrene fikk nesten like mange innskrevet som avvist. Kanskje skyldes dette at det på sosialsentrene har foregått en læringsprosess som gjorde at de etter hvert både skrev bedre henvisninger og visste mer om hvem som faktisk var ROPs målgruppe. I intervjuer med teamet kommer det frem at de finner mange av primærlegenes henvisninger generelt sett preget av dårlig kvalitet. ROP sendte i mange tilfeller disse tilbake til primærlegen og ba dem

Figur 7.10 Antall henvisninger for ulike henvisende instanser, etter om pasienten ble innskrevet eller avvist. Absolutte tall. Alder ved siste registrerte henvisning for dem med flere henvisninger. 116 innskrevne og 183 avviste.



dokumentere pasientens behandlingsbehov bedre. Spesialisthelsetjenesten står for 43 prosent av henvisningene og 50 prosent av inntakene. Førstelinjen stod for 38 prosent av henvisningene og 31 prosent av inntakene. Dette kan sies å innebære en prioritering av spesialisthelsetjenestens pasienter, og en tilsvarende nedprioritering av førstelinjens pasienter.

Hvilke instanser tok imot pasientene fra ROP?

Hvem er det så som overtok når pasientene ble skrevet ut fra ROP? Ser vi på de totalt 68 pasientene som per desember 2005 var skrevet ut, viser tabell 7.3 at det var de psykiatriske behandlingsinstitusjonene og DPS-ene som i all hovedsak overtok behandlingsansvaret for ROPs pasienter. Totalt gjaldt dette for 41 av de 68 pasientene. To pasienter ble overført til rusomsorgen, og én til sosialsenter. Det mest påfallende er at hele 14 pasienter var overført til primærleger. Vi antar dette var pasienter som ikke ønsket kontakt med psykiatrien (eller som ikke trengte det). Det kan være at det blant disse var flere som gikk på metadon, og at primærlegen hadde påtatt seg ansvaret for foreskrivingen av dette.

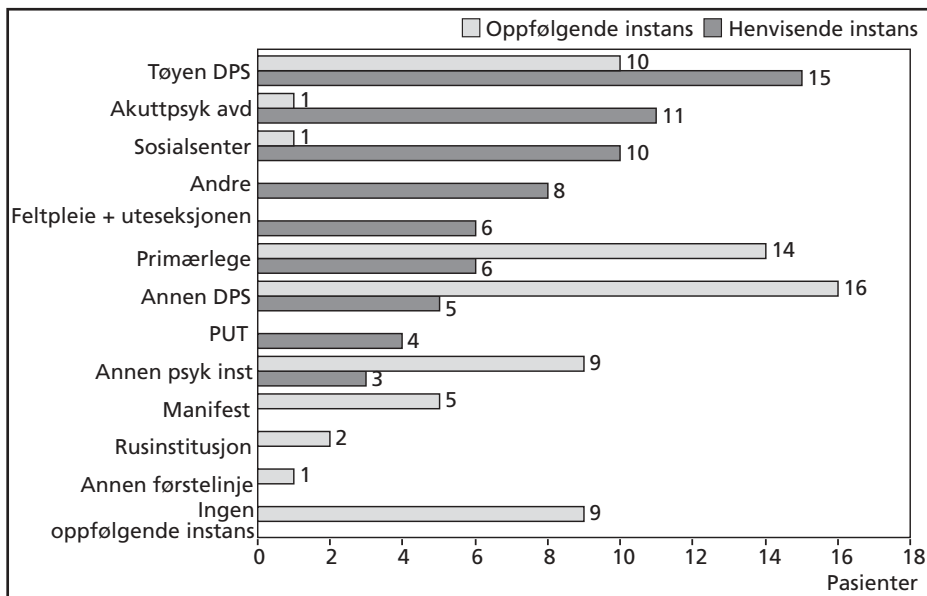
Ser vi på figur 7.11 (neste side), kommer det tydelig frem hvordan ROP kanaliserte sine pasienter videre. Det var hele ni pasienter som ikke hadde noen oppfølgende instans, det vil si som ROP ikke har greid å forankre i det ordinære tjenesteapparatet. Dette er muligens pasienter som Helge Waal benevner som de «vanskelige» og de «umulige», de som har mange rundt seg, men som er sinte og vrang og krevende og som skaper konflikter.³⁸ Disse greide heller ikke ROP å overføre. Eller dette var de som absolutt ikke ville ha noen kontakt med psykiatrien, enten fordi de ikke

Tabell 7.3. Oppfølgende instans for utskrevne pasienter. Absolutte tall og prosent.

	Antall	Prosent
Ingen	9	13
Tøyen DPS	10	14
Annet DPS	16	22
Akuttpsyk. avd.	1	1
Manifest	5	7
Annen psyk. inst.	9	13
Sosialsenter	1	1
Primærlege	14	19
Annen førstelinje	1	1
Rusinstitusjon	2	3
Død	4	6
Total	72	100

³⁸ For eksempel på Terapi på hjul-konferansen på Lillehammer i april 2006.

Figur 7.11 Henvisende og oppfølgende instans for utskrevne pasienter ved ROP. Absolutte tall. N=68.



vedkjente seg behovet for slik hjelp, eller fordi de hadde så mange negative erfaringer og fordommer at tradisjonelle behandlingsinstitusjoner var utelukket for dem. For disse pasientene var kanskje situasjonen at det var ROP eller ingen.

7.4 Lengde på behandling

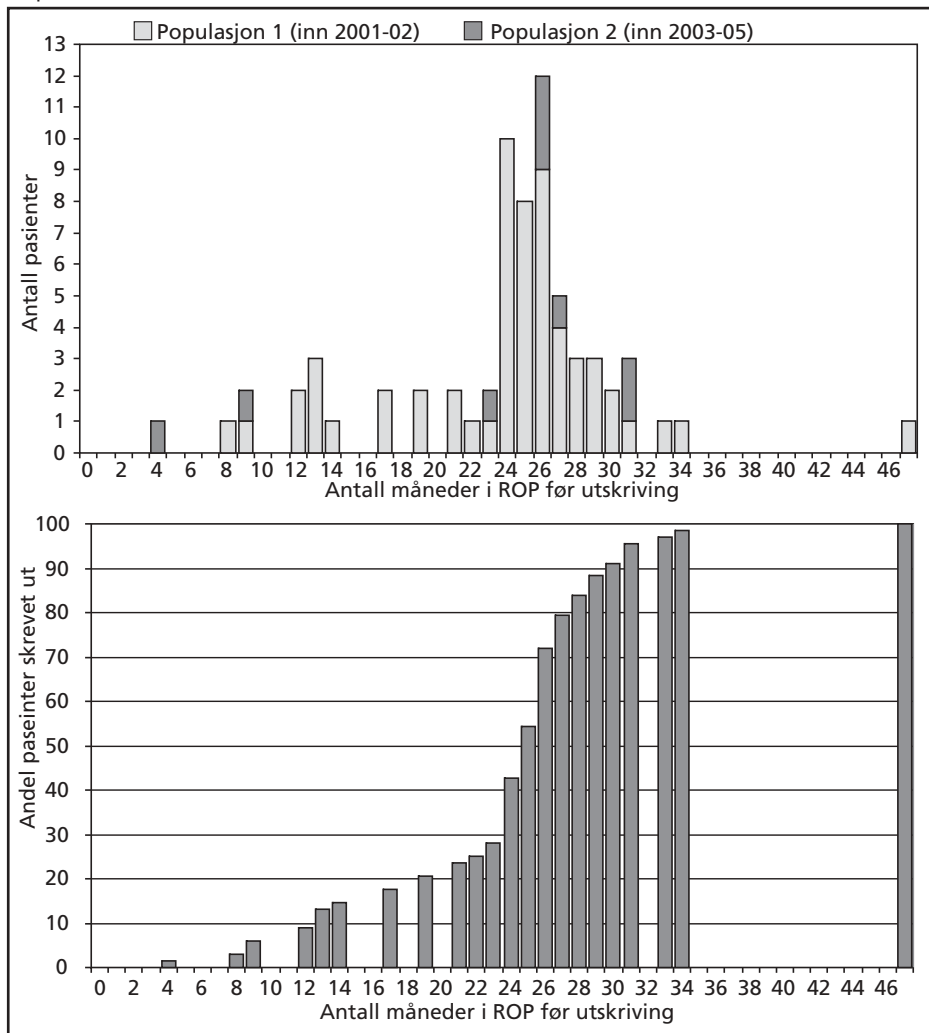
Langsiktighet var et sentralt element i behandlingsmodellen som ble benyttet i prosjektet. Denne ble ved oppstarten fastsatt til to års behandlingstid for den enkelte pasient. I New Hampshire ble også betegnelsen «langsiktighet» benyttet, men der strakk mye av behandlingen seg, etter hva vi har forstått, kun over en periode på ett år.

Figur 7.12a viser fordelingen av behandlingstid for de 68 pasientene som ble skrevet ut i prosjektperioden. Det er tydelig at hovedvekten ble skrevet ut etter drøye to år, men spredningen er stor: Fra bare fire til hele 47 måneder i prosjektet.

Figur 7.12b viser at 50 prosent av pasientene ble skrevet ut innen de hadde vært i prosjektet i 25 måneder. 90 prosent var utskrevet innen 34 måneder.

Som det fremgår av figurene 12a og b, praktiserte ROP to års behandlingstid fleksibelt i den forstand at denne grensen ikke ble forvaltet som et absolutt. I praksis

Figur 7.12a Behandlingslengde (i måneder) for utskrevne pasienter, etter populasjon. Absolutte tall. N=68. Figur 7.12b Kumulativ fordeling på behandlingslengde (i måneder) for utskrevne pasienter. Prosent. N=68.



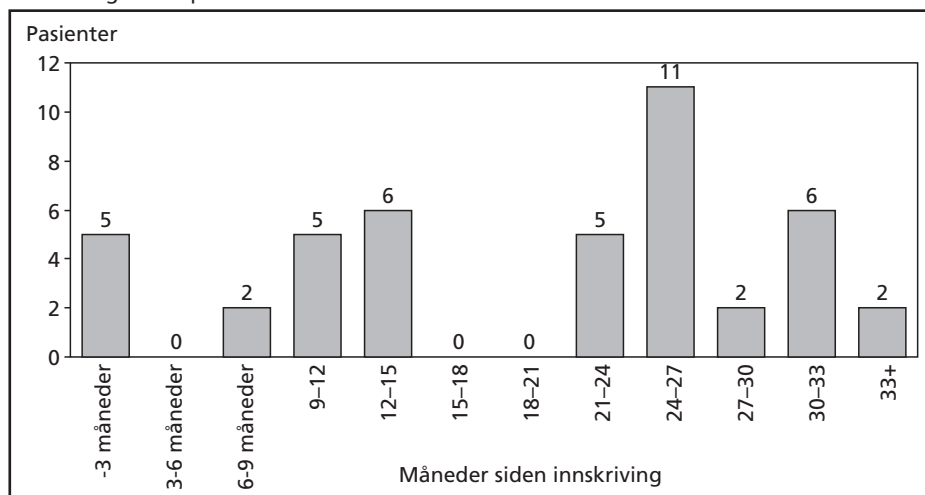
viser dette at teamet tok individuelle hensyn, og var fleksible dersom de mente dette var hensiktsmessig eller nødvendig.

Nærmere analyser av forskjeller i behandlingslengde i ROP viser ikke systematiske forskjeller etter alder, innskrivingsår eller kjønn. Det kan imidlertid være interessant å se nærmere på hva som kjennetegner de pasientene som ble skrevet ut tidlig.

Hvis vi skiller ut de 14 som hadde under 18 måneder i prosjektet, ser vi at dette var åtte kvinner og seks menn. Disse pasientene hadde samlet sett lavere forbedring i GAF-skårene enn de andre utskrevne. Diagnosemessig skilte de seg i liten grad fra de andre pasientene. Ser vi på muligheter for å være etablert i annen behandling, finner vi klare forskjeller: Seks av de 14 hadde ingen oppfølgingsinstans, to var utskrevet til DPS, tre til psykiatrisk institusjon og tre til primærlege. Det må bemerkes at tre av de seks uten oppfølgende instans hadde flyttet utenlands. Hvis vi ser på boligsituasjonen ved utskriving, viser det seg at denne ikke skilte seg fra utskrevne pasienter med lengre tid i prosjektet.

Hva så med dem med spesielt lange behandlingsløp hos ROP? Hvis vi skiller ut de 14 pasientene med mer enn 28 måneder i prosjektet, finner vi at gruppen består av syv kvinner og syv menn. Boligsituasjonen til disse var noe dårligere enn vanlig ved tidspunkt for innskriving i prosjektet. Halvparten var registrert UFB og bodde på hospits eller hybelhus ved innskrivingstidspunktet. Mange av dem (5) ble innskrevet med uspesifisert diagnose, mens de ved utskriving ikke skilte seg ut med hensyn til hvilke diagnoser de hadde. Disse pasientene hadde noe bedre forbedring på GAF-skårene enn de andre utskrevne pasientene, særlig gjelder dette GAF-funksjon. Vi skal også legge merke til at pasientene med lang behandlingstid, var noe yngre enn de andre pasientene. Boligsituasjonen ved utskriving for disse pasientene skilte seg ikke ut, men det er kanskje verdt å merke seg at åtte av de 14 hadde et DPS som oppfølgende instans, og syv av disse befant seg på et annet DPS enn Tøyen. Dette er en indikasjon på at det ofte tok lang tid å etablere oppfølging på DPS-ene i Oslo.

Figur 7.13 Foreløpig behandlingstid for aktive pasienter per 30.11.05. Antall måneder siden innskriving for 44 pasienter.



Vi har tidligere påpekt at tilsøkingen til ROP sank i perioden 2003–2005. Hvis vi bruker vårt datamateriale for å belyse ROPs situasjon ut over prosjektperioden, finner vi at det i desember 2005 var kun 16 pasienter som hadde ni måneder eller mer igjen i ROP. Åtte av disse hadde vært inne i mer enn to og et halvt år. En firedel var i den perioden da det var vanligst å bli skrevet ut. Dette viser at ROP-teamet ved avslutningen av prosjektperioden trengte flere pasienter dersom de skulle greie å holde de måltall Lovisenberg Diakonale Sykehus og ledelsen ved Tøyen DPS har satt.

Kombinert med informasjonen om pasientenes faktiske tid i prosjektet, ser det ut til å være to grupper av pasienter: De som tilpasser seg eller greier seg med de to årene, og som derfor avslutter eller overføres til annen behandlingsinstans i løpet av denne tiden. Den andre gruppen består av pasienter som trenger lengre tid, som kanskje har trengt lang tid på å etablere kontakt med prosjektet og relasjon til sin(e) behandler(e) der, og som følgelig trenger lengre tid for å greie en tilnærmet stabilisering av sin psykiske helse og den sosiale livssituasjon. Disse pasientene er vanskeligere å få overført til andre deler av behandlingsapparatet, og dermed avsluttet i ROP.

7.5 Eksternt samarbeid

Fafo har samlet inn to typer data som på ulike måter sier noe om ulike elementer av ROP-teamets samarbeid med eksterne instanser i og utenfor psykiatrien. Over har vi benyttet data om hvem som henviste til ROP og hvem som overtok behandlings- og oppfølgingsansvaret for pasientene når de ble skrevet ut. Vi har også gjennomført intervjuer både med teamet og et utvalg samarbeidsinstanser om erfaringer og kjennetegn ved det samarbeidet de hadde rundt behandlingen og omsorgen for pasientene. De eksterne samarbeidsinstansene har vi intervjuet på to tidspunkter i prosjektperioden, i 2003 og rundt årsskiftet 2005/2006. Totalt har vi gjennomført 15 telefonintervjuer med de eksterne samarbeidsinstansene.

Det var i ROPs prosjektbeskrivelse formulert følgende hva gjelder det eksterne samarbeidet mellom ROP-teamet og systemene rundt:

- Det skulle 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 skulle utvikle og videreføre samarbeidsformer med den allmenne helse- og sosialtjenesten.

Den eneste måten teamet, gitt pasientenes sammensatte problemer, kunne oppnå gode resultater på, var ved å finne gode måter å samarbeide på. Erfaringene fra ROP

viser at det var behov for samarbeid med mange og svært ulike eksterne samarbeidsinstanser. Alle berørte parter syntes tverrfaglig samarbeid var nødvendig og dermed også ønskelig, men dette var muligens en betinget tilslutning fra dem som hadde maktposisjoner å forsvare. Spesielt ble en slik kritikk rettet mot de psykiatriske døgninstitusjonene. ROP-teamet opplevde spesialisthelsetjenestens tiltak innen psykisk helsearbeid som til dels lite tilgjengelig og samarbeidsorientert i forhold til resten av hjelpeapparatet.

Det finnes ingen generell lovgivning om tverretattlig samarbeid, verken for den kommunale, fylkeskommunale eller statlige virksomheten i Norge. Dette har flere årsaker, blant annet de profesjonsmessige forhold, forholdet mellom statlig styring og kommunalt selvstyre, og manglende tillit mellom faggrupper og instanser. En annen årsak er at rettslige normer nok vurderes som lite egnede styringsinstrumenter dersom man ønsker å legge til rette for fleksible og funksjonelle samarbeidsmønstre (Olsen i Repstad 2004).

ROPs pasientgruppe har omfattende og sammensatte problemer av sosial, økonomisk og helsemessig art. Selv om ROP-prosjektet var et behandlingsprosjekt, tyder våre data på at teamet utførte både a) hva vi tradisjonelt forstår som *behandling* (det vil si interaksjon mellom behandler og pasient som bidro til å øke pasientens mestring og redusere symptomer), b) *omsorg* (det vil for eksempel si praktiske, økonomiske og boligmessige forutsetninger for at pasienten bedre skulle mestre dagliglivets utfordringer), og c) *rehabilitering* (forstått som arbeid med målsetting om å utvikle pasientens evner og ferdigheter til sosial deltakelse, som for eksempel å etablere tilknytning til arbeidslivet). Disse tre funksjonene har tradisjonelt sin forankring i ulike deler av tjenesteapparatet og styres av ulike lovverk. Omsorgen er det kommunene som har ansvaret for, arbeid og trygd er det staten som har hovedansvaret for, mens behandlingsansvaret er delt mellom henholdsvis kommune og stat via primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Målsettingen for alle er (faglig sett) å få i gang endringsprosesser og derigjennom bedre pasientens situasjon. Men for å få til dette må de ulike instansene påta seg sin del av ansvaret, og gå inn i et likeverdig samarbeid med de andre instansene. Så har ikke vært tilfelle når det gjelder ROPs målgruppe, verken i Norge, USA eller andre steder. Her har problemet tvert imot vært at man på ulike måter har fraskrevet seg ansvaret, og vegret seg så langt mulig for å inngå et forpliktende samarbeid med noen hva gjelder disse pasientene. Ikke minst har dette skjedd fordi dette er ressurskrevende pasienter som man ikke oppnår gode behandlingsresultater for. De er derfor «ulønnsomme» for ethvert behandlingssystem basert på DRG³⁹ og andre liknende resultatmål. Det var ingen grunn til å tro at en slik manglende ansvarstagning for pasientgruppen skulle endre seg over natten som en konsekvens av opprettelsen av ROP.

³⁹ DRG er et diagnosebasert finansieringssystem, som blant annet anvendes i somatikken.

Sosialtjenesten har vært en sentral samarbeidspartner og bidragsyter når det gjaldt å etablere gode og varige løsninger for ROP-pasientene. Sosialtjenesten er pålagt en plikt til å samarbeide i henhold til følgende formulering i sosialtjenesteloven, § 3–2 første ledd:

”Sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver den er pålagt etter denne loven.”

Etter sosialtjenesteloven er også sosialtjenesten tillagt et ansvar for å medvirke til at sosiale hensyn blir ivarettatt av andre offentlige (kommunale) organer som har betydning for sosialtjenestens arbeid. Lovgivningen gjør sosialtjenesten til en kontrollinstans, og hensikten med dette var ifølge departementets innstilling til Stortinget å sikre tryggheten til ulike grupper vanskeligstilte ved å gi én instans det særskilte ansvaret for samordning, initiativ og påvirkning av det samlede (kommunale) tjenestetilbudet (Ot.prp. nr. 44 (1991–92) s. 41–42). Men loven fastlegger ikke de andres plikt til å rette seg etter sosialtjenestens forslag. Begrunnelsen for valget av sosialtjenesten ligger i den brede kontaktflaten denne etaten har til de vanskeligstilte (op.cit. s. 42). Ansvaret begrenser seg imidlertid til personer med «et særskilt hjelpebehov» (det vil si blant annet ROPs pasienter).

Når det gjelder plikten til å utføre bestemte oppgaver, er både sosialtjenestens plikt til å medvirke til å skaffe bolig for personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet (sosialtjenestelovens § 3–4), og politiets plikt til å yte bistand ved fullbyrdelse av tvangsvedtak overfor rusmiddelmisbrukere (sosialtjenestelovens § 8–9) eksempler på slik lovfestet plikt.

De siste årene har det kommet et sett nye regler som i større grad forplikter etater og forvaltningsnivåer å samarbeide, for eksempel i form av utarbeidelse av individuelle planer for personer med behov for «langvarige og koordinerte tjenester». Individuell plan ble først hjemlet i helsetjenesteloven. *Retten* til individuell plan ble hjemlet i pasientrettighetsloven, mens hjelpeapparatets *plikt* til å utarbeide en plan ble regulert både i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og i psykisk helsevernlov (Røhme, Hatling og Lidal 2006). Disse lovpåleggene ble gjort gjeldende fra 01.07 2001. Innen helsesektoren følger det av pasientrettighetsloven, § 2–5, at:

Ifølge Olsen har pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til å få utarbeidet individuell plan, i dette tilfellet både i henhold til bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, og fra 2004 også i henhold til sosialtjenesteloven (Olsen 2004). Formålet med en slik individuell plan er at innholdet i den og samarbeidet om den skal bidra til at pasienten får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, og at det derfor også er et poeng at det bare skal utarbeides én plan for hver pasient. Dette innebærer at de ulike delene av

tjenesteapparatet må samarbeide om utarbeidelse av planen, og derigjennom også forhåpentligvis greier å etablere et grunnlag for praktisk samarbeid om gjennomføringen av den. Forskriften nøyer seg imidlertid med å fastsette hvem som har ansvaret for å få arbeidet igangsatt, gjennom å fatsslå at den delen av helsetjenesten som pasienten henvender seg til, har plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes, men verken i loven eller forskriften fastsettes hvem som skal ha det videre ansvaret eller hvem som skal lede arbeidet med å lage den individuelle planen. Fra og med januar 2004 og statlig overtakelse av rusinstitusjonene, er sosialtjenesten pliktig til å samarbeide med andre tjenesteytere om den individuelle planen, for slik å bidra til at det etableres et helhetlig tilbud til dem det gjelder, og for å sikre at det etableres et tettere og bedre samarbeid mellom ulike sektorer og ulike forvaltningsnivåer (Olsen 2004).

Samarbeidsinstanser og samhandlingspartnere

ROPs målgruppe har sammensatte problemer som krever sammensatte løsninger. Pasientene ble tatt inn i prosjektet fordi de tilfredsstilte inntakskriterier som tilsa at det eksisterende hjelpeapparatet ikke greide å gi dem adekvate tilbud, at adekvate tilbud ikke fantes, eller at pasientene ikke greide å nyttiggjøre seg de tilbudene som eksisterte.

Bakgrunnen for prosjektets tilblivelse var nettopp erfaringer med at det har vært stor mangel på samarbeid og forståelse mellom institusjoner og hjelpere overfor denne pasientgruppen. Pasientene har derfor altfor ofte opplevd å bli sendt hit og dit uten særlig klare adressater, og ikke alltid med særlig gode begrunnelser. Det er imidlertid ikke sikkert at denne gruppen ikke er blitt hjulpet på grunn av manglende vilje eller evne til å samarbeide. Det kan etter vår mening like godt hende at gode tilbud for denne gruppen forutsetter andre tilnærminger og andre tilbud enn hva de tradisjonelle instansene har hatt kompetanse og muligheter til å tilby. En målsetting med ROPs arbeid på strukturnivå var da også å høyne toleransen for og kunnskapen om denne pasientgruppen innenfor fagfeltet. Det tverrfaglig sammensatte teamet på Tøyen skulle møte både de rusrelaterte, de psykisk relaterte og de sosiale problemene pasientene trengte hjelp med. Dette gjorde det nødvendig med en helhetlig tenkning og et nært samarbeid med alle pasientens kontakter.

Det er i mange tilfeller det kommunale hjelpeapparatet som utgjør grunnpilaren i hjelpetilbudene for personer med sammensatte problemer. De fleste av aktørene som behandlerne på ROP skulle samarbeide med, var derfor i den kommunale førstelinjen i pasientens bydel. De omfattet både primærhelsetjenester og sosialtjenester. De ulike bydelene i Oslo har som del av sine sosialtjenester opprettet spesialiserte tilbud til denne målgruppen. Sentrale målsettinger for Tøyen-teamets samarbeid med bydelene var

- å etablere bærekraftige samarbeidsrelasjoner
- å sikre erfaringsoverføring
- å skolere bydelenes tjenesteytere med hensyn til dobbeltdiagnoseproblematikk

I tillegg var det en eksplisitt målsetting for prosjektet at de skulle dokumentere og jobbe for bedre botilbud for målgruppen. Målsettinger med hensyn til samarbeid med akuttpsykiatri og DPS var å etablere gode rutiner for samarbeid samt å oppnå smidighet og fleksibilitet overfor brukergruppen.

Ulike måter å samarbeide på

Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å gi ROPs pasientgruppe adekvate behandlingstilbud. Det kommunale tjenesteapparatet (bydelene) skal stille bolig til disposisjon, samt yte den praktiske og økonomiske støtten som pasientene har krav på. Et sentralt element i ROPs utadrettede arbeid var derfor å få i stand ulike former for samarbeid med ulike offentlige og private hjelpeinstanser. Samarbeidet tok form i alt fra engangssamtaler på telefon til jevnlige møter. Vi har oppfattet det som at mye av samarbeidet mellom ROP og andre instanser foregikk i form av telefonsamtaler hvor man for eksempel fordelte konkrete arbeidsoppgaver seg imellom når det blant annet gjaldt utførelse av praktisk hjelp og støtte. Konkret innebærer dette samarbeidet videre deltakelse i og opprettelse av ansvarsgrupper for å utløse støtte og ressurser. Dette gjør at en av teamets arbeidsoppgaver var å arbeide innad både i psykisk helsevern og rusomsorg for å høyne toleransen og forståelsen for pasientgruppen, og for å høyne kompetansen.

ROP-teamet sa i intervjuer med oss at det eksterne samarbeidet fortrinnsvis foregikk på to måter, som 1) møter (henholdsvis samarbeidsmøter uten pasientene til stede og som ansvarsgruppemøter hvor pasientene alltid var til stede), og som 2) samtaler og erfaringsutveksling, veiledning, rådgivning med mer angående problemstillinger knyttet til pasientgruppen. Temaet beskrev dessuten samarbeid med det psykiske helsevernet med målsetting om å få dem til å skrive bedre søknader. Når det gjaldt møtene med og uten pasientene til stede, opplevde ROP at deres funksjon i mange tilfeller var å forklare pasientenes handlingsmønster og styre diskusjonene. Spesielt tok de denne rollen i perioder når pasientene var svært syke. Det var i slike situasjoner og perioder viktig å være støtteperson for pasientene når de deltok på møtene, slik at de i størst mulig grad skulle føle sine behov ivaretatt. Teamet opplevde at det var viktig for dem å være pasientenes talsperson og advokat overfor de etablerte systemene. Dette innebar ofte å konsentrere oppmerksomheten mot aktivisering av pasientens egne ressurser og ta utgangspunkt i pasientens uttrykte ønsker og behov. I mange tilfeller var ROPs strategi på ansvarsgruppemøter å være på tilbudssiden og vise seg villige til å avlaste og i perioder om nødvendig overta noen

av samarbeidspartners arbeidsoppgaver. Dette er aspekter ved samarbeidet som fremkommer i intervjuer med teamet som en forklaring på de ROP-ansattes relativt lave antall pasienter per behandler. I perioder har teammedlemmene overtatt og gjort mye av det som skulle vært andres arbeidsoppgaver. De valgte å gå foran som et godt eksempel og påta seg til tider lange perioder ulike oppgaver i de konkrete samarbeidsrelasjonene. Villigheten til å bistå med konkrete arbeidsoppgaver som tradisjonelt ikke ligger inn under psykisk helsevern, blir da også fremhevet av noen av samarbeidsinstansene som eksempel på den fleksibilitet de mener kjennetegnet ROP-medarbeidernes måte å tenke og jobbe på. Ofte la samarbeidspartnerne til at grunnen til at ROP kunne gjøre dette, var at de har ressurser og frihet til nettopp å operere på en slik måte.

Bruk av ansvarsgruppe

Vi har samlet informasjon for alle pasientene om hvorvidt det ble etablert en fungerende ansvarsgruppe. For 71 av de 116 (63 prosent) var dette tilfelle. Andelen steg fra populasjon 1 til populasjon 2 fra henholdsvis 52 til 76 prosent. Dette innebærer at teamet i større grad tok i bruk og maktet å etablere fungerende ansvarsgrupper for pasientene utover i prosjektforløpet. Det har vært variasjoner i enkelte pasientforløp på om ansvarsgruppen fungerte eller ikke, og ikke minst hvem som satt i den. Vi har ikke informasjon om hvilke pasienter som hadde ansvarsgruppe opprettet

Ronaldo og ROP, episoder og forløp

Episode 3: To virkeligheter, kan de leve side om side?

Etter to-tre møter med pasienten og like mange bom, treffes vi på ansvarsgruppemøte med to personer fra sossalsenter, to fra Aetat, undertegnede og pasienten. Ronaldo har fått rom på hospits, og tema er aktivitet på dagtid. Han ønsker ingeniørhøgskole, og blir sterkt provosert, flakkende i blikket og urolig i kroppen når det blir sagt at han ikke synes i stand til det, men må ha behandling for sykdommen sin. «Jeg er ikke syk, det er ikke noe galt med meg ... Dere snakker om en som ikke er meg, det er ikke meg, det er en annen ...» Jeg argumenterer fra Ronaldos ståsted, at det må kunne finnes et skoletilbud som er egnet, og bruker litt høy stemme for å markere at jeg forstår at Ronaldo kanskje føler seg krenket. Når Ronaldo er gått, sier jeg til møtedeltakerne at det synes fånyttes å prøve å «overbevise» Ronaldo om at han er syk, og at det nok er hensiktsmessig å gå med ham og støtte ham i å starte på undervisning, og kanskje etter hvert la ham selv forstå at det er for vanskelig. Vi skilles med felles forståelse av at vi må ha ulike roller i det å hjelpe.

(ROP-Tøyen 2004)

før innskriving. Forskjellen mellom andelen med fungerende ansvarsgruppe kan derfor også ha vært et resultat av at ROP i større grad over tid skrev inn pasienter med ansvarsgrupper.

Samarbeidspartnerne vurderinger av teamets arbeid

Hvordan vurderte så samarbeidspartnerne ROP-prosjektets måte å organisere tjenestetilbudet på? Vi spurte samarbeidspartnerne om deres forventninger til prosjektet, og hva ROP-teamet hadde tilført arbeidet med pasientene. På spørsmål om hva de har samarbeidet med ROP om, varierer selvfølgelig svarene fra samarbeidspartnerne mye, særlig etter informantens arbeidssted. Prosjekt bostedsløse bad for eksempel ROP om råd om hvordan de skulle gå frem for å dokumentere vesentlige kjennetegn ved beboernes atferd. Dette var et ledd i Prosjekt bostedsløses utredning for tildeling av (type) bolig, hvilken bolig deres brukere kunne greie å bo i og hvilken støtte de trengte. Her brukte de ROP som ekspertise på kartlegging av støttebehov. I tillegg har ROP og Prosjekt bostedsløse samarbeidet om enkeltklienter ved å spørre om råd både hva gjelder pasientens diagnose og hva som er gode grep i ulike deler av prosessen med den enkelte. ROP har ifølge informant fra Prosjekt bostedsløse i tillegg deltatt i felles arbeidsgrupper på temaet bosetting for denne pasientgruppen, hvor ROPs kompetanse var til stor nytte for arbeidet.

På spørsmål om hva som var formålet med samarbeidet med ROP, er det flere av samarbeidsinstansene som understreket viktigheten av at ROP bidro til å koordinere de andre instansene rundt pasienten. Videre at de bidro til å sy tiltak og initiativ sammen, og at ROP på denne måten bidro til at de andre aktørene samarbeidet bedre. Ikke minst bidro ROP sterkt til at arbeidet ble fokusert på problemstillinger knyttet til rus og psykiske lidelser/helse.

På spørsmål om hvordan samarbeidet har fungert, så er det generelle inntrykket at samarbeidsinstansene er veldig fornøyd. De sier at når samarbeidet har fungert, så skyldtes dette at ROP hadde bygd opp mange tilbud rundt pasienten. Når samarbeidet ikke har fungert spesielt bra, er ofte forklaringen at konkrete tiltak har manglet, og at det har vært manglende initiativ fra ansvarlig tjenesteyter, med det resultat at pasienten har blitt dårligere i løpet av tiden i prosjektet. Flere av samarbeidsinstansene understreker at de hadde varierende erfaringer med ROP. Til dels var disse erfaringene personavhengige. De av våre informanter som jobbet i akutt-psykiatrien, var imidlertid veldig positive til det bidrag ROP representerte. Spesielt trekkes frem det at ROP stilte opp og holdt kontakten med pasientene når de for eksempel var innlagt, og at de la til rette for situasjonen etter utskriving. På denne måte fylte ROP et tomrom i en jobb bydelenes tjenesteutøvere skulle ha gjort, men som de ifølge flere av våre informanter ikke hadde kompetanse til.

Beskrivelsene over er slik vi vurderer det i overensstemmelse med erfaringer som går på at ROP «snakket psykiatriens språk» og dermed kunne fungere som formidlere både inn i og ut av de psykiatriske behandlingstilbudene. Dette ble rapportert å være svært verdifullt for både sosialtjeneste, familie og andre som var tett på pasienten. ROP kunne videre oversette andre samarbeidspartneres og pasientens problembeskrivelse til psykiatriens språk, slik at dialog kunne opprettes og samarbeid kunne ta til. ROP var slik sett en samarbeidspartner for førstelinjen – noe flere av informantene hevder at DPS-ene aldri har vært. Dialogen mellom ROP og sosialtjenesten var spesielt viktig. ROP deltok på møter, formidlet kunnskap, og viste tålmodighet med å ikke gi opp pasientene. De reiste hjem til pasientene og representerte en annen måte å jobbe og samarbeide med andre på enn det psykiatrien tradisjonelt hadde gjort. ROP bidro i henhold til våre informanter både med sin måte å tenke om pasientene på, og med sin måte å arbeide og samarbeide på, til at pasientene kom seg fra hospits til bolig, og de medvirket i henhold til de samme informantene, også til å heve pasientenes status i resten av behandlings- og tjenestesystemet. De viste at det fantes måter å jobbe også med disse pasientene på. De startet for eksempel medisineringen der pasientene befinner seg og dro til hospitsene og sørget for medisinerings dersom dette var nødvendig. Dette skiller seg voldsomt fra et mer tradisjonelt medikamentregime hvor pasienten må ha samtale med psykolog før utdelingen av medikamenter.

Noen av våre informanter fremhevet ROPs funksjon som sentrum for fagutvikling. I henhold til våre informanter hadde de ansatte på ROP tilstrekkelig mange og lange nok kliniske løp med pasientgruppen til at de lærer metoden, å jobbe intensivt og oppsøkende med å integrere de behandlings- og omsorgstiltak pasienten er i behov av, på en slik måte at andre kan hospitere der for å lære metoden. Samarbeidsinstanser har også erfaringer med at ROP-teamet har vært aktive i å formidle sin metode og sine erfaringer, blant annet ved at de har vært villige til å stå frem som «advokater» for pasientgruppen og en annerledes behandlingsmetode. På denne måten mener noen av våre informanter at ROP har bidratt til en synliggjøring av pasientgruppen overfor Oslo-bydelenes førstelinje, for Oslos befolkning, for politikere og i det psykiske helsevernet for psykiatrien.

Noen av informantene fremhever ROPs rolle som en integrert del av flere tilbud innen Lovisenberg sykehussektor. ROP har sammen med tidligere leder ved Tøyen DPS, Vor Frues Hospital og psykiatrikoordinatoren i Bydel Gamle Oslo bidratt med noe helt nytt i denne sykehussektoren, sammenliknet med for få år siden.

På spørsmål om ROPs svakheter er det noen informanter som betoner at de nok ikke var like hengivne overfor sine samarbeidsinstanser, som de var overfor pasientene. Noen mente at det var en svakhet at teamet hele tiden måtte minnes på at verdien av prosjektet også lå i det forskningsmessige; at prosjektets hensikt var å høste

gyldige erfaringer, og slik skape kompetanse både i betydningen ferdigheter og kunnskap.

Alle våre informanter påpekte at ROP var nyttig for mange av pasientene, men at to års behandlingstid for de aller fleste var for kort tid. Noen mente at ROP burde strekke seg til en ramme på to-tre år. Andre setter spørsmålstegn ved at ROP måtte fastsette en tidsramme i det hele tatt. Det er bydelsinstansene som gjerne ville at ROP skulle holde på pasientene over flere år. Ansatte i ulike deler av spesialisthelsetjenestens psykiatritiltak sa oftere at det er viktig med en tidsavgrensning.

Formelle hindringer for samarbeid

Ansatte i psykiatrien skal tjene inn midler i henhold til budsjett, basert på Rikstrygdeverkets refusjonstakster for ulike typer pasientrettet arbeid. Det inngår ikke i takstene at det refunderes penger for den tiden man bruker for eksempel til samarbeid med pasientens familie eller andre pårørende, samtaler og tilrettelegginger og utredninger. Det gis heller ikke refusjon for den faktiske tiden man bruker på en pasient i løpet av en dag, men bare for den tiden helsemyndighetene på forhånd har bestemt at man skal bruke. Disse takstene er ikke utarbeidet med tanke på den oppsøkende og ambulante virksomheten som et team som ROP-Tøyen utøver. Den er basert på den stasjonære arbeidsformen de tradisjonelle poliklinikkene driver, hvor pasienten i stor grad oppsøker behandlerne etter forhåndsavtale.

7.6 Sammenfatning

- ROPs arbeidsmåte kan beskrives som en fleksibel samarbeidsavhengig arbeidsform
- Den typiske henvisningsinstans i 2001 var Tøyen DPS og egen sykehussektor. I 2003 og 2004 var det i hovedsak sosialsentre og andre førstelinjeinstanser som henviste pasienter.
- ROP har utført mye arbeid som vanligvis skal utføres av andre instanser og slik sett overtatt mer ansvar for pasientene enn hva lovverket tillegger dem. Gjennom denne innsatsen har de villet vise samarbeidspartnere at det går an å oppnå resultater i arbeidet også med disse pasientene, og de har i henhold til informanter blant samarbeidsinstansene hevet kompetansen hos disse gjennom eksempelets makt på denne måten. Data tyder på at prosjektets tilgjengelighet for henvisningsinstansene i perioder kunne vært høyere.

- ROP har til tider brukt for lang tid på å behandle mottatte henvisninger, uten at de i henhold til samarbeidsinstanser har vært gode på å kommunisere hvorfor overfor omgivelsene.
- ROP-prosjektet har hatt en klar kjønns- og aldersprioritering. Bostedsløse ble også prioritert.
- En stor andel av henvisningene til ROP kom fra spesialisthelsetjenesten, og ROP har nok i perioden hatt en avlastende funksjon for disse behandlingstiltakene.
- Det er såpass stor variasjon i antall måneder i prosjektet at man kan sette spørsmålstegn ved hensiktsmessigheten av fortsatt å signalisere at man forvalter en toårsregel. Fleksibiliteten i håndhevingen av denne regelen er tydelig.
- Dersom ROP skal være operative etter prosjektperioden med rundt 40–50 pasienter, må de se på sine rutiner for inntak både i frekvens og former. De må henvende seg til andre instanser i større grad enn hittil, og de bør prioritere å oppsøke pasienter som fra før ikke har hatt kontakt med ordinært tjenesteapparat. Gjennomgangen i kapitlene foran viser at ROP i for stor grad har vært rettet mot avlastning for hjelpeløse systemer, og i for liten grad har brukt ressurser på å rekruttere pasienter som fra før ikke har hatt kontakt med psykiatri og rusomsorg.
- ROP hadde på slutten av sin prosjektperiode noe sviktende rekruttering av pasienter. Forklaringen på dette lå, etter vår vurdering, ikke i rekrutteringsgrunnlaget; mye tyder på at det er tilstrekkelig mange mennesker i ROPs målgruppe i Oslo til å sikre ROP-prosjektets rekrutteringsgrunnlag. ROP-teamet må derfor i fremtiden prøve ut andre måter å komme i kontakt med og fange opp personer i målgruppen. Overfor disse må man drive aktivt oppsøkende kontaktarbeid, for eksempel gjennom et systematisk samarbeid med de gatenære tiltakene.

Del IV Analyser og avslutning

ROP-prosjektet på Tøyen var som vi har sett et modellutviklingsprosjekt med formål å prøve ut tilnærminger og metoder fra den såkalte New Hampshire-modellen i USA, og justere og tilpasse disse til norske forhold. Slik vi ser det var ROP-prosjektets utgangspunkt og mandat tredelt:

- Å sette sammen et tverrfaglig og kompetent team
- Å rekruttere de riktige pasientene til prosjektet, det vil si pasienter i målgruppen
- Å utvikle en egnet behandlingsmodell

Disse tre formålene utgjør kjernen i denne evalueringsrapportens analyser av ROP-prosjektets måloppnåelse. Evalueringens overordnede problemstilling knytter seg til hvorvidt behandlingsprosjektet empirisk har vist seg å representere en behandlingsmodell som egner seg for målgruppen, og hva som er de virksomme elementene i den arbeidsformen ROP-teamet har praktisert. I tillegg er det av interesse hvorvidt teamets arbeidsform og organisering har fungert for ROP-teamet som arbeidsgruppe og for ROP-teamets omgivelser og samarbeidsinstanser. I dette inngår en vurdering av arbeidsformens egnethet i samspillet med det ordinære tjenestesystemet.

I de foregående kapitlene har vi beskrevet kjennetegn ved behandlingsprosjektets målgruppe og inntakskriterier, kjennetegn ved pasientene og deres funksjonsnivå, ved teamet og deres arbeidsmåte, og hva som preget samarbeidet teamet har hatt med sine samarbeidspartnere. I de videre kapitlene vil vi vurdere hvorvidt disse funnene indikerer om team og arbeidsform har fungert på en hensiktsmessig måte for pasientene, for ROP-teamet og for det ordinære tjenestesystemet⁴⁰. Dette har vi gjort gjennom å fremheve de aspektene ved ROP-teamets arbeidsform som vi vurderer som de mest virksomme elementene. På denne måten fremheves også arbeidsformens overføringsverdi til andre lignende tiltak.

⁴⁰ Forstått her som de av ROP-teamets samarbeidsinstanser vi har intervjuet.

8 Egnet behandlingsmodellen seg for pasientene?

For at et frivillig behandlingstilbud til hard-to-reach-pasienter skal fungere, står naturligvis selve rekrutteringen og opprettholdelsen av kontakten mellom behandler og pasient helt sentralt. Sentrale spørsmål i dette kapittelet er hvorvidt ROP-teamet rekrutterte de pasienter som var definert som prosjektets målgruppe, om pasientene greide å delta i behandlingsprosjektet i hele behandlingstiden, hvilke endringer som skjedde med pasientene i løpet av behandlingen og hvilke erfaringer de formidlet til oss at de hadde med ROP.

Vi bruker utskrivingsdata om pasientene i dette kapittelet av to grunner. For det første som mål på eventuell endring i pasientenes situasjon. For det andre gir disse parametrene en gruppevis beskrivelse av den pasientgruppen som omgivelser og mottaksapparat tar over ansvaret for etter utskriving fra ROP.

8.1 Kjennetegn ved pasientene ved utskriving

ROP-prosjektet fikk blant annet i mandat å prøve ut og dokumentere hvilke diagnostiske intervjuer og andre kliniske kartleggingsinstrumenter som egner seg og er relevante for ROPs pasientgruppe. Som tidligere påpekt var det ingen slike skjemaer som ble benyttet på en måte som har gjort det mulig å gjennomføre endringsanalyser på individnivå. For å måle endring må man ha målt «det samme» på minimum to tidspunkter. Dersom ROP-teamet hadde «målt» utvalgte kjennetegn ved disse pasientene forut for behandling, og deretter de samme kjennetegnene etter avsluttet behandling, kunne man diskutert hvorvidt de forskjeller man eventuelt registrerte faktisk var forårsaket av den behandlingen pasienten hadde gjennomgått på ROP eller ikke. Men ROP-prosjektet har ikke foregått som et laboratorieeksperiment, og pasientene har følgelig også blitt påvirket av en mengde ukontrollerbare forhold i løpet av den tidsperioden de deltok i behandlingsprosjektet. Dette er noen av bakgrunnen for at vi ikke har hatt ambisjoner om å foreta en *effektevaluering* av ROP-prosjektet.

I tillegg til at man ikke har hatt noen kontrollgruppe å måle effektene opp mot, har det gjennom hele prosjektperioden vært en stor utfordring i det hele tatt å få kartlagt og dokumentert de antatt mest relevante aspekter ved pasientenes helse- og livssituasjon. Disse pasientene lever ofte et kaotisk liv, og å måle tilstanden deres på faste tidspunkter i forløpet er derfor vanskelig, i noen tilfeller umulig. Dette er nettopp en av de sentrale utfordringene i kontakt og behandling av denne pasientgruppen, og har selvfølgelig også vært en helt sentral utfordring i ROP-prosjektet.

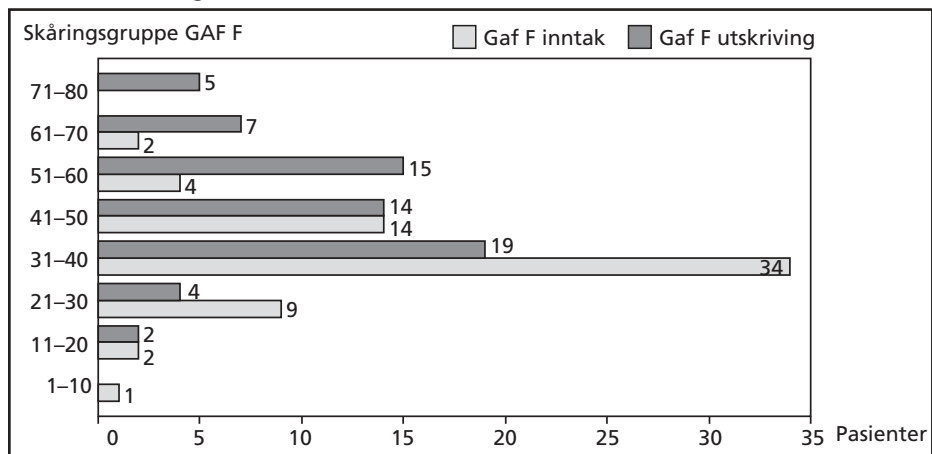
Endring i funksjonsnivå fra inn- til utskriving

Det er etablert fagkunnskap at pasienter innenfor samme diagnosekategori har både forskjellige sykdomsforløp og ulik alvorlighetsgrad av sin psykiske lidelse. Forskjellene kan for eksempel dreie seg om mengde av symptomer, og ikke minst symptomenes intensitet. Dertil kan det innenfor samme diagnosegruppe være til dels store variasjoner i hvordan pasientene mestrer både symptomene, seg selv og de utfordringer dette gir dem i sosiale situasjoner og i forhold til egen hverdag. Ikke minst vil for eksempel pasientenes rusbruk ha stor innvirkning både på den psykiske helsestilstand og den sosiale fungeringen. Av disse grunner vil både behov for og evne til å nyttiggjøre seg forskjellige typer av hjelp, støtte og involvering fra andre, variere veldig innenfor samme diagnosegruppe, avhengig nettopp av symptomtrykk og funksjonsnivå. For ROP-prosjektets målgruppe regnes funksjonsmål som viktigere enn diagnose som uttrykk for hvilket hjelpe- og behandlingsbehov den enkelte pasient har, for de som skal foreta denne typen vurderinger. Skåring av symptomnivå og funksjonsnivå er obligatorisk ved inntak og utskriving fra behandlingssenheter innen psykisk helsevern i Norge (de såkalte GAF-Funksjon (F) og GAF-Symptom (S)). Opplysninger om funksjons- og symptomnivå blir også regnet som svært relevante informasjon å utveksle ved samhandling behandlingstiltak i mellom, eller i overføringen av pasienter fra ett omsorgs- og behandlingsnivå til et annet.

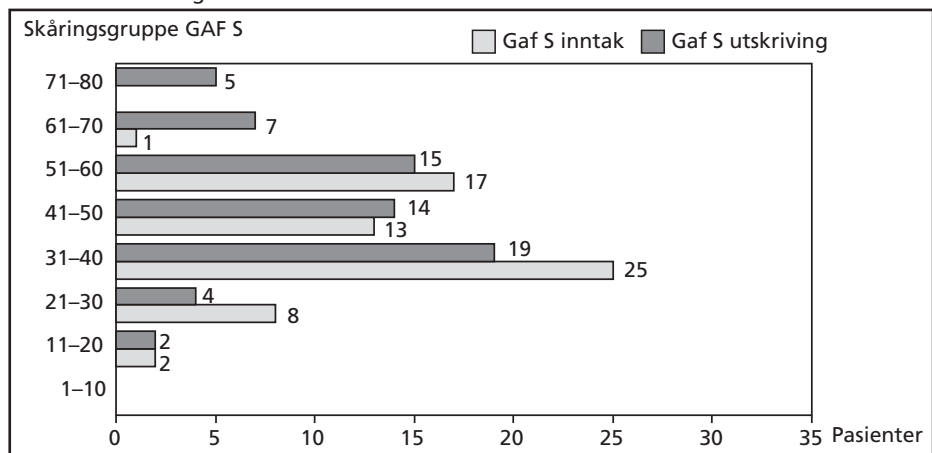
Som vist i kapittel 5.4 hadde 93 prosent av pasientene ved inntak i ROP en GAF funksjonsverdi som indikerte alvorlig svikt på minst ett av funksjonsmålets sentrale områder (som arbeid, skole og familieforhold). 18 prosent skåret ved inntak så lavt på GAF-F-skalaen at de kunne antas å ha manglende funksjonsevne på nesten alle disse områdene.

Skårene på GAF-symptomskalaen var generelt noe høyere, men også her var det 77 prosent av pasientene som skåret 51 eller lavere (på en skala fra 0 til 100). Det nivået er karakterisert med alvorlige symptomer som forstyrrelser i realitetstesting, kommunikasjonsevne eller stemningsleie, sviktende dømmekraft og ofte alvorlige tvangsritualer. 50 prosent av pasientene ble ved inntak gitt en GAF symptomskåre på 41 eller lavere, et nivå som markerer overgangen til psykose. Hvordan er så situasjonen ved utskriving fra ROP?

Figur 8.1 De utskrevne pasientenes fordeling på skåringsgrupper for GAF-funksjon da de ble innskrevet i ROP og da de ble utskrevet fra ROP. Absolutte tall. N=66



Figur 8.2 De utskrevne pasientenes fordeling på skåringsgrupper for GAF-symptom da de ble innskrevet i ROP og da de ble utskrevet fra ROP. Absolutte tall. N=66



Figurene 8.1 og 8.2 viser antall pasienter i ulike skåringsgrupper på henholdsvis GAF-funksjon og GAF-symptom i ved inntak i ROP, og tilsvarende på utskrivningstidspunktet. Vi har GAF-skårer på begge disse tidspunktet for 66 av de 68 pasientene som var utskrevet per desember 2005. Figurene viser at færre pasienter havnet i lave skåringsgrupper og flere i høyere ved utskriving enn ved inntak. Spesielt var utviklingen positiv når det gjelder funksjonsnivå (figur 8.1), men utviklingen var også klart positiv på symptomnivå (figur 8.2). For pasientgruppen som helhet ble altså funksjons- og symptomnivå forbedret i perioden i ROP.

Tabell 8.1 Endring i skåringsgruppe på GAF-funksjon og GAF-symptom fra inntak til utskrivning. Antallet pasienter som har henholdsvis negativ, ingen eller positiv endring i skåringsgruppe for funksjonsnivå og symptomtrykk i løpet av behandlingstiden, samt andelen (i parentes) av de 66 pasientene som utgjør hver av de ni ulike utfallsmulighetene

Endring i GAF- symptom	Endring i GAF-funksjon			
	Negativ	Ingen	Positiv	Totalt
Negativ	1 (2)	6 (9)	2 (3)	9 (14)
Ingen	1 (2)	11 (17)	9 (14)	21 (32)
Positiv	1 (2)	10 (15)	25 (38)	36 (55)
Totalt	3 (5)	27 (41)	36 (55)	66 (100)

I tabell 8.1 har vi kategorisert de utskrevne pasientene etter om de hadde negativ, positiv eller ingen endring (i skåringsgruppe) på de to GAF-målene. Det var en lik andel pasienter (55 %) som hadde bedring i GAF-funksjon og i GAF-symptom. 38 prosent hadde en bedring på begge mål. Kun tre pasienter hadde negativ utvikling på funksjonsnivå, i motsetning til på symptomnivå, hvor dette gjaldt ni pasienter. Kun én pasient hadde negativ utvikling på begge områder, og kun elleve pasienter (17 %) hadde ingen endring i skåringsgruppe verken på funksjonsmålet eller symptommålet. Nesten 83 prosent av pasientene hadde en kombinasjon av en positiv endring eller ingen endring på ett mål og en positiv eller ingen endring på et annet mål. Separate analyser viser at den typiske pasient har flyttet seg fra en GAF-funksjon på 35 til en skåre på 45, og symptomnivået ble endret fra en skåre på 40 til en på noe over 50. Samlet sett er det ved bruk av GAF-målene tydelig at pasientene fikk en forbedret situasjon gjennom tiden i ROP.⁴¹

Det er et viktig poeng at det var en sammenheng mellom hvilket nivå pasientene lå på funksjons- og symptommessig ved inntak og den endringen som har skjedd i perioden. I korte trekk handler det om at dess lavere skåringsgruppe pasienten var i ved inntak, dess større var «forbedringspotensialet». Separate analyser viser at funksjonsnivået endret seg noe mindre i prosjektperioden for pasienter i høyere skåringsgrupper enn i lave. Når det gjelder symptomnivå, var det en enda tydeligere sammenheng mellom nivå inn i ROP og endring underveis. Over så vi da også at det var ni pasienter som hadde havnet i en lavere skåringsgruppe på symptomnivå. De fleste av disse hadde en GAF-symptomskåre på 51–60. Spørsmålet er da om GAF-symptom ved inntak på disse var satt for høyt ved inntak, eller om de alle ble dårligere i perioden i ROP.

⁴¹ Som vi beskrev i metodekapittelet, innførte ikke teamet tiltak for å sikre interreliabiliteten i teamets skåringer. Det kan også være et problem med bruk av GAF-mål at noe av forbedringen kan handle om at behandlerne ubevisst har enten/og/eller gitt for lave skårer ved inntak og for høye ved utskrivning, selv om vi ikke har grunn til å anta at slike effekter kan forklare hele den registrerte endringen beskrevet her.

Når pasientene forlot ROP og skulle hjelpes av det ordinære psykiske helsevernet og/eller bydelenes tjenesteapparat, var altså situasjonen bedre enn før de kom inn i ROP. Men, vi skal merke oss at den typiske pasient ved utskrivningstidspunktet hadde en funksjonsskåre målt i GAF på mellom 41 og 50, og en symptomskåre nærmere 50 enn 60. Dette betyr at mottaksapparatet rundt ROP-prosjektet måtte forholde seg til pasienter med alvorlige forstyrrelser med hensyn til fungering og med høyt symptomtrykk. ROP-pasientene er personer som ofte ikke har utdanning eller yrkeserfaring, og som trenger langvarig oppfølging og tilpassede løsninger dersom de for eksempel skal kunne delta i meningsfulle aktiviteter på dagtid. Mange av pasientene har blant annet stor funksjonssvikt når det gjelder mestring av daglige utfordringer knyttet til bosituasjon og trenger derfor boliger med oppfølging over lang tid dersom deres livssituasjon skal stabiliseres. Det innebærer å greie å bo i egen bolig over tid uten å komme på kant med for eksempel naboer på grunn av unormal adferd, eller manglende evne til å ivareta sine økonomiske eller materielle forpliktelser knyttet til boforholdet.

Relevante oppfølgingstjenester og samordning av tiltak er svært ulikt utbygd i Oslos bydeler. ROP-prosjektet hadde svært gode erfaringer med det samarbeidet de har hatt med Oppfølgende tjenester i Bydel Gamle Oslo, og de av ROP-pasientene som var og er knyttet til dette teamet. Her får beboerne/pasientene individuell, tett og hyppig oppfølging i form av praktisk hjelp, emosjonell støtte, koordinering av avtaler, hjelp til oppfølging av medisiner med mer syv dager i uken. I praksis gjør dette teamet mye av det samme som ROP-teamet, foruten behandling og ansvar for medisiner. En slik oppfølging er etter vår og ROP-teamets vurdering av avgjørende betydning for at mange av disse pasientene skal greie å fungere på et tilfredsstillende nivå i egen bolig i et lokalmiljø hvor det i utgangspunktet finnes lite (muligheter til) skjerming mot rusmiljøet. Intervjuer med pasientene tyder på at den tette oppfølgingen som skjer i Bydel Gamle Oslo har avverget mange akuttinnleggelser. Tett oppfølging fremheves som svært viktig for å dempe de mest destruktive utslagene av intense rusperioder som et stort flertall av ROP-pasientene har (med ujevne mellomrom).

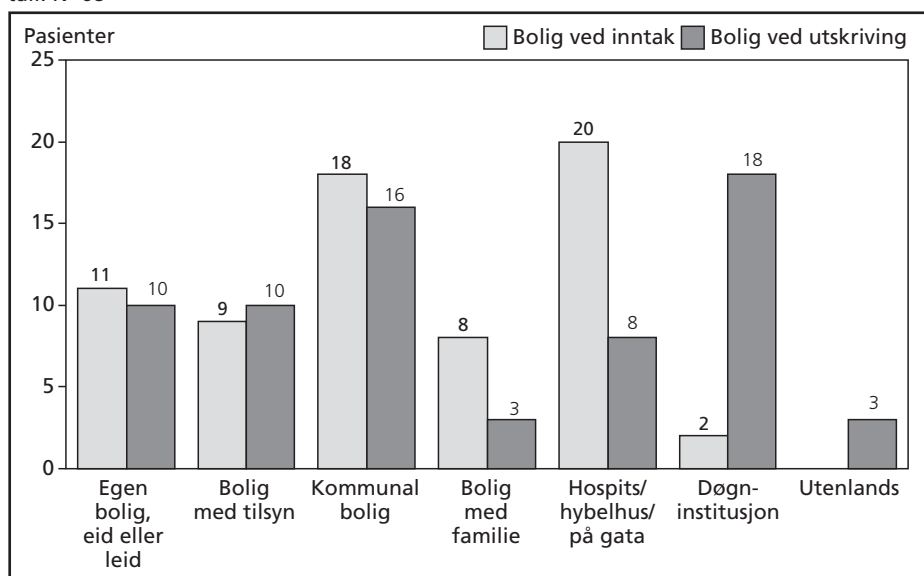
Endring i bosituasjon fra inn- til utskrivning

Personer med både psykisk lidelse og rusproblemer opplever ofte også boligproblemer, og kartlegginger har vist at de er overrepresentert blant de bostedsløse (Ulfrstad 1996). Undersøkelser har avdekket udekkede hjelpebehov blant denne pasientgruppen, at de trenger hjelp både til å skaffe seg et sted å bo og hjelp og oppfølging for å klare å bo (Hansen og Ytrehus 2005). Vi har tidligere vist at halvparten av pasientene var uten fast bolig ved innskriving i ROP. I Midtveisrapporten fra evalueringen fant vi at arbeidet med å bistå og bedre pasientenes boligløsninger var en

sentral og nødvendig komponent i teamets arbeid med å bedre pasientenes livssituasjon (Øverås 2003). Et annet viktig mål på endring er derfor i hvilken grad ROP bidro til å forbedre bosituasjonen til pasientene.

I figur 8.3 vises pasientgruppens bosituasjon ved innskriving og utskriving. I tabell 8.2 vises prosentvis fordeling av bosituasjonen, samt endring i andel som befinner seg i de ulike boligsituasjonene fra inntak til utskriving. Det er tre endringer vi skal merke oss. For det første var det en nedgang i antallet som bor med sin familie. For det andre var det en stor nedgang i dem som befant seg på hospits, hybelhus, eller rett og slett bodde på gata. Og ikke minst var det en kraftig økning i pasienter som var på døgningstusjon.

Figur 8.3 De utskrevne pasientenes bosituasjon ved inntak i og utskriving fra ROP. Absolutte tall. N=68



Tabell 8.2 De utskrevne pasientenes boligsituasjon ved inntak til og utskriving fra ROP. Prosentvis fordeling og endring i prosentpoeng. N=68

	Bolg ved inntak	Bolg ved utskriving	Endring prosentpoeng
Egen bolig, eid eller leid	16	15	-1
Bolig med tilsyn	13	15	+1
Kommunal bolig	26	24	-3
Bolig med familie	12	4	-7
Hospits/hybelhus/på gata	29	12	-18
Døgninstitusjon	3	26	+24
Utenlands	0	4	+4
Totalt	100	100	
Registrert UFB	41	31	-10

Én av fire pasienter var på døgninstitusjon på utskrivingstidspunktet. De har således utsatt «boligspørsmålet» til etter utskriving og tilbakekomst til bydel. Av disse er det antagelig også personer som sitter fengslet, uten at vi har sikre data på dette. Men for mange av pasienter i psykiatriske institusjoner har den diagnostisering som har foregått i prosjektperioden medført institusjonsopphold. Det er vanskelig å anslå hvor mange som ville fått slik behandling også uten ROP, men vi mener at data presentert i denne rapporten peker i retning av at dette ikke ville skjedd i tilsvarende grad uten ROP-teamets bidrag.

Én av tre pasienter var ved inntak i ROP på hospits, på hybelhus eller på gata. Ved utskriving gjaldt dette «kun» én av ni. Samtidig skal vi huske på at boligtilbudet til utsatte grupper har vært gjenstand for mye oppmerksomhet og store omkalfatringer i Oslo i denne perioden, blant annet gjennom Prosjekt bostedsløse og en storstilt reduksjon i bruken av midlertidige botilbud. Slik sett er det vanskelig å vurdere i hvilken grad det kan anses som et godt resultat at åtte av de 68 ble utskrevet til en helt klart ikke tilfredsstillende bosituasjon. I vedleggstabell 8A har vi sammenlignet bosituasjonen ved inntak og ved utskriving på individnivå. Tabellen viser at det kun var én av de 68 pasientene som kom fra et mer tilfredsstillende botilbud som var på hospits/hybelhus/ gata ved utskrivingstidspunktet. De andre syv var i denne boligsituasjonen også ved inntak. Nedgangen i antallet som ikke bodde hjemme hos familien må også tolkes positivt. Dette fordi de behov pasientene har, og de utfordringer deres problemer og livssituasjon utgjør for deres omgivelser, oftest kan og bør ikke håndteres av den nære familie. Våre intervjuer og teamets beskrivelse av pasientene viser da også at i noen tilfeller sliter også den nære familie da selv med rus og/eller psykiske problemer.

Et annet mål på endret boligsituasjon er hvorvidt den enkelte pasient var registrert som bostedsløs (Uten Fast Bolig, UFB). Tabell 8.3 viser bosituasjonen til dem som var UFB ved inntak i ROP (for alle pasientene). Den viser også registrert bosituasjon til dem som var UFB ved utskriving. Av de 21 med UFB-status ved utskriving var hele tolv i institusjon, to i bolig med tilsyn og de resterende syv på hospits/hybelhus/gata da de forlot ROP. Hvis vi ser nærmere på situasjonen til disse 21 pasientene, viser vårt materiale at nesten en firedel (5 pasienter) heller ikke hadde en oppfølgende instans. De resterende var alle enten på døgninstitusjonen Manifest (5), på akuttpsykiatrisk avdeling (1), annen psykiatrisk institusjon (6) eller var overført til DPS (4). Videre hadde ni av disse 21 pasientene personlighets- og atferdsforstyrrelser som hoveddiagnose. Dette er en andel som er langt høyere enn hos de pasientene som ikke er registrert UFB. Disse ni utgjør faktisk halvparten av de utskrevne pasientene med denne hoveddiagnosen. Videre viser datamaterialet at 13 av de 21 pasientene hadde en rusdiagnose som innebar misbruk av multiple stoffer, en andel på over 60 prosent. Blant de andre utskrevne pasientene er det under 40 prosent med denne rusdiagnosen.

Tabell 8.3 Boligsituasjon for pasientene registrert uten fast bolig (UFB) ved inntak i og utskriving fra ROP. Absolutte tall og prosentfordeling (i parentes).

Boligtype	Pasienter som var UFB ved innskriving		Pasienter som var UFB ved utskriving	
Egen bolig, eid eller leid	0		0	
Bolig med tilsyn	7	(12)	2	(10)
Kommunal bolig	2	(3)	0	
Bolig med familie	3	(5)	0	
Hospits/hybelhus/på gata	45	(76)	7	(33)
Døgninstitusjon	2	(3)	12	(57)
Utenlands			0	
Total	59	(100)	21	100

Å være UFB-er representerer således forskjellige bo- og livssituasjoner henholdsvis før og etter utskriving fra ROP. UFB-ere på vei inn i ROP i perioden 2001–2005 bodde som regel i midlertidige løsninger som hospits eller på gata, mens UFB-ere som er skrevet ut fra ROP og som er registrert UFB, som regel var til behandling ved en døgninstitusjon. Dette indikerer alvorligere psykisk lidelse sammenlignet med de andre pasientene. Vi har da også sett at de skiller seg fra de resterende pasientene diagnosemessig og at de i større grad enn de andre utskrevne pasientene misbrukte multiple stoffer.

Selv om ROP-prosjektet i stor grad fikk sine pasienter inn i bedre bosisituasjoner i løpet av behandlingstiden, må det bemerkes at syv av pasientene, det vil si totalt én av ti pasienter, var i en situasjon med hospits eller annet ikke tilfredsstillende botilbud ved utskriving. Det kan ha vært mange individuelle grunner til dette, og vi har for eksempel ikke data som sier noe om hvor lenge denne bosisituasjonen varte for den enkelte pasient. At flere av disse heller ikke hadde en oppfølgende instans, viser at det er en gruppe pasienter, om enn liten, som er svært utsatt. Et viktig spørsmål, som ikke vi kan besvare, er om dette er pasienter som ikke klarte å nyttiggjøre seg av ROP, enten fordi de var for dårlige og/eller at de trakk seg unna all kontakt. Hvis ROP skal være rettet mot hard-to-reach-pasienter og skal nå de mest hjelpeløse, er det viktig å få klargjort hva som skal skje med de pasientene som selv ROP, med sine ressurser og sitt store nettverk av samarbeidspartnere, tilsynelatende ikke makter å hjelpe.

8.2 Endring i diagnoser

Mange pasienter kom til prosjektet uten diagnose, eller etter ROP-teamets mening med feil diagnose. Vi skal derfor se hva som skjedde med diagnosene til pasientene

Tabell 8.4 Psykiatridiagnose* for utskrevne og fortsatt aktive pasienter og for de to pasientpopulasjonene. Absolutte tall og prosent (i parentes). N=111

Psykiatri hoveddiagnose	Utskrevet	Aktiv	Pasientpop. 1 (innskrevet 2001 & 2002)	Pasientpop. 2 (innskrevet 2003-2005)	Total
Psykotisk lidelse	31 (46)	17 (39)	26 (44)	22 (42)	48 (43)
Affektiv lidelse uten psykotiske symptomer	14 (21)	4 (9)	13 (22)	5 (10)	18 (16)
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	18 (27)	13 (30)	16 (27)	15 (29)	31 (28)
Nevrotiske lidelser	3 (4)	3 (7)	3 (5)	3 (6)	6 (5)
ADHD	1 (1)	5 (11)	1 (2)	5 (10)	6 (5)
Uspesifisert	0	2 (5)	0	2 (4)	2 (2)
Total	67 (100)	44 (100)	59 (100)	52 (100)	111 (100)

* For utskrevne pasienter er psykiatrisk hoveddiagnose ved utskriving benyttet. For fortsatt aktive pasienter er den gjeldende psykiatriske hoveddiagnose per 30.11.05 benyttet.

underveis i prosjektperioden. Spesielt er vi interessert i hvilke diagnoser de med uspesifisert psykisk diagnose ved inntak fikk tildelt under behandlingsforløpet. Først ser vi på fordelingen av diagnoser i pasientpopulasjonene, deretter kombinasjonene av rusdiagnoser og psykiatridiagnoser.

Tabell 8.4 viser utskrevne og fortsatt aktive pasienters psykiatridiagnoser. Vi har data for 111 av de 112 pasientene. Totalfordelingen viser at henholdsvis psykotiske lidelser, personlighetsforstyrrelser og affektive lidelser uten psykotiske symptomer var de tre største diagnosegruppene i pasientpopulasjonen som sådan. Dette er i overensstemmelse med hvilke typer psykiske lidelser som er avgrenset i prosjektets inntakskriterier. Totalt var 43 prosent av pasientene registrert med en psykotisk lidelse, 28 prosent med en personlighetsforstyrrelse og 16 prosent med en affektiv lidelse uten psykotiske symptomer. Dersom vi sammenligner de aktive og de utskrevne (og den første pasientgruppen med den andre), ser vi at det var en lavere andel pasienter med psykotiske lidelser i andre enn i første pasientpopulasjon (fra 46 % blant de utskrevne til 39 % blant de aktive), samt en noe større nedgang i andelen med affektive lidelser uten psykotiske symptomer (fra 21 % blant de utskrevne til kun 9 % blant de aktive). Hva nedgangen i andelen med affektive lidelser skyldes, vet vi ikke. Kanskje skyldes det at andre deler av psykisk helsevern i større grad i løpet av prosjektperioden greide å tilby disse pasientene behandling, mens psykisk helsevern i økende grad, eller fordi det i perioden har vært en økning i omfanget av gruppen, føler avmakt og hjelpeløshet i forhold til pasienter med kombinasjonen alvorlig personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk?

Den største prosentvise økningen når vi sammenligner de utskrevne og de fortsatt innskrevne pasientene, finner vi i gruppen med diagnosen ADHD: Blant de

Tabell 8.5 Psykiatridiagnose* etter alder og kjønn. Absolutte tall og prosent (i parentes). N=111

Psykiatri hoveddiagnose	Alder				Kjønn		Total
	-24 år	24-34 år	35-44 år	45-54 år	Menn	Kvinner	Total
Psykotisk lidelse	7 (35)	25 (46)	13 (43)	3 (43)	30 (50)	18 (35)	48 (43)
Affektiv lidelse uten psykotiske symptomer	6 (30)	6 (11)	5 (17)	1 (14)	12 (20)	6 (12)	18 (16)
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	5 (25)	17 (31)	7 (23)	2 (29)	13 (22)	18 (35)	31 (28)
Nevrotiske lidelser	0	2 (4)	3 (10)	1 (14)	3 (5)	3 (6)	6 (5)
ADHD	2 (10)	4 (7)	0	0	1 (2)	5 (10)	6 (5)
Uspesifisert psykisk lidelse	0	0	2 (7)	0	1 (2)	1 (2)	2 (2)
Totalt	20 (100)	54 (100)	30 (100)	7 (100)	60 (100)	51 (100)	111 (100)

* For utskrevne pasienter er psykiatrisk hoveddiagnose ved utskriving benyttet. For fortsatt aktive pasienter er den gjeldende psykiatriske hoveddiagnose per 30.11. 2005 benyttet.

utskrevne pasientene var det kun én pasient med denne diagnosen. Fem (11 %) av de aktive pasientene var registrert med ADHD på måletidspunktet. Intervjuer med de ansatte tyder på at denne økningen først og fremst skyldes mer kunnskap om denne lidelsen i teamet og dermed et mer våkent øye for symptomene. Den samme tendensen ser vi selvfølgelig når vi sammenligner pasientpopulasjon 1 og 2. De er i overveiende grad overlappende med gruppene utskrevne og aktive.

Tabell 8.5 viser psykiatridiagnoser etter alder og kjønn. Det fremgår at den største enkeltgruppen, både blant kvinner (35 %) og menn (50 %), er psykotisk lidelse. Personlighetsforstyrrelser (henholdsvis 35 % og 22 %) er den nest største diagnosegruppen. 22 prosent av mennene hadde affektive lidelser, men kun tolv prosent av kvinnene. Blant kvinnene hadde imidlertid fem ADHD-diagnosen (hele 10 %), og dette gjaldt bare én av de mannlige pasientene. Ser vi på hvordan diagnosene fordelte seg på de ulike aldersgruppene, finner vi at alle de seks med ADHD-diagnose var yngre enn 34 år.

Tabell 8.6 viser ROP-pasientenes rusdiagnose. Her fremgår det at de i hovedsak enten var opiatmisbrukere (41 %) eller blandingsmisbrukere (42 %). Dersom vi sammenligner de utskrevne og de aktive pasientene, ser vi at det har vært en økning i andelen opiatmisbrukere (fra 34 % til 50 %) og en nedgang i andelen blandingsmisbrukere (fra 46 % til 35 %). Denne endringen kan være tilfeldig. Uansett preges ROP-prosjektet av opiatmisbrukere.

Tabell 8.7 (neste side) viser rusdiagnoser fordelt på kjønn og alder. Det var marginale forskjeller mellom kvinner og menn hva gjelder hvilke rusdiagnosene de fikk fastsatt av ROP-teamet. 45 prosent av kvinnene og 40 prosent av mennene hadde multiple stoffer som sin hoveddiagnose. 37 prosent av kvinnene og 43 prosent av mennene hadde opiatmisbruk som hoveddiagnose.

Tabell 8.6 Rusdiagnose* for utskrevne og fortsatt aktive pasienter og for de to pasientpopulasjonene. Absolutte tall og prosent (i parentes). N=111

Rusdiagnose	Utskrevet	Aktiv	Pasientpop. 1 (innskrevet 2001–2002)	Pasientpop. 2 (innskrevet 2003–2005)	Total
Ingen diagnose	1 (1)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	2 (2)
Alkohol	3 (4)	1 (2)	3 (5)	1 (2)	4 (4)
Opiater	23 (34)	22 (50)	19 (32)	26 (50)	45 (41)
Cannabinoider	0	1 (2)	0	1 (2)	1 (1)
Sedativa	1 (1)	0	1 (2)	0	1 (1)
Andre stimulanter	8 (12)	3 (7)	6 (10)	5 (10)	11 (10)
Multiple stoffer	31 (46)	16 (36)	29 (49)	18 (35)	47 (42)
Total	67 (100)	44 (100)	59 (100)	52 (100)	111 (100)

* For utskrevne pasienter er rusdiagnose ved utskriving benyttet. For fortsatt aktive pasienter er den gjeldende rusdiagnose per 30.11.05 benyttet.

Tabell 8.7 Rusdiagnose* etter alder og kjønn. Absolutte tall og prosent (i parentes). N=111

Psykiatri hoveddiagnose	Alder				Kjønn		Total
	-24 år	24-34 år	35-44 år	45-54 år	Menn	Kvinner	Total
Ingen diagnose	0	1 (2)	1 (3)	0	1 (2)	1 (2)	2 (2)
Alkohol	0	2 (4)	1 (3)	1 (14)	3 (5)	1 (2)	4 (4)
Opiater	9 (45)	21 (39)	12 (40)	3 (43)	26 (43)	19 (37)	45 (41)
Cannabinoider	1 (5)	0	0	0	1 (2)	0	1 (1)
Sedativa	0	1 (2)	0	0	0	1 (2)	1 (1)
Andre stimulanter	1 (5)	5 (9)	4 (13)	1 (14)	5 (8)	6 (12)	11 (10)
Multiple stoffer	9 (45)	24 (44)	12 (40)	2 (29)	24 (40)	23 (45)	47 (42)
Totalt	20 (100)	54 (100)	30 (100)	7 (100)	60 (100)	51 (100)	111 (100)

* For utskrevne pasienter er rusdiagnose ved utskriving benyttet. For fortsatt aktive pasienter er den gjeldende rusdiagnose per 30.11.05 benyttet.

Tabell 8.8 Rusdiagnose* etter psykiatrihoveddiagnose*. Absolutte tall og prosentvis fordeling (i parentes) på de ulike kombinasjonsmulighetene. N=111

Rusdiagnose ved utskriving/sist satte	Psykiatri hoveddiagnose ved utskriving/sist satte						Total
	Psykotisk lidelse	Affektiv lidelse uten psykotiske symptomer	Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	Nevrotiske lidelser	ADHD	Uspesifisert	
Ingen diagnose					1 (1)	1 (1)	2 (2)
Alkohol	2 (2)		1 (1)	1 (1)			4 (4)
Opiater	21 (19)	6 (5)	11 (10)	4 (4)	3 (3)		45 (41)
Cannabinoider	1 (1)						1 (1)
Sedativa			1 (1)				1 (1)
Andre stimulanter	5 (5)	1 (1)	3 (3)		1 (1)	1 (1)	11 (10)
Multiple stoffer	19 (17)	11 (10)	15 (14)	1 (1)	1 (1)		47 (42)
Totalt	48 (43)	18 (16)	31 (28)	6 (5)	6 (5)	2 (2)	111 (100)

* For utskrevne pasienter er psykiatrisk hoveddiagnose og rusdiagnose ved utskriving benyttet. For fortsatt aktive pasienter er den gjeldende psykiatriske hoveddiagnose og rusdiagnose per 30.11.05 benyttet.

I kapittel 5 så vi på hvilke kombinasjoner av samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmisbruk, pasientene hadde registrert ved inntak i ROP. Her benytter vi utdiagnoser og seinere satte diagnoser for de fortsatt aktive, og kan få et bedre bilde av hvilke dobbeltdiagnoser det er som dominerte i ROP-prosjektets pasientgruppe.

I tabell 8.8 viser vi hvilke kombinasjoner av rusdiagnose og psykiatridiagnose alle pasientene i ROP hadde ved siste mulige måletidspunkt. Den største gruppen på hele 21 pasienter var de med kombinasjonen opiatmisbruk og psykotisk lidelse. Den nest største gruppen var de 19 pasientene som også hadde psykotisk lidelse, men hvor misbruket var av multiple stoffer. Til sammen utgjør disse over en tredel (36 %) av alle de 111 pasientene i tabellen. Videre var det 15 pasienter som hadde en dobbeltdiagnose bestående av personlighets- og atferdsforstyrrelse og misbruk av multiple stoffer. Elleve pasienter hadde samme rusdiagnose, men affektiv lidelse uten psykotiske symptomer. Elleve andre pasienter hadde en kombinasjon av personlighets- og atferdsforstyrrelse og opiatmisbruk. Tre av fire pasienter (73 %) tilhørte en av de fem største kombinasjonskategoriene vi nå har nevnt. Videre hadde seks pasienter med opiattdiagnose affektiv lidelse uten psykotiske symptomer, og fem med psykotisk lidelse hadde en rusdiagnose på misbruk av andre stimulanter.

Tradisjonelt har de fleste av dem som psykisk helsevern har betegnet som personer med dobbeltdiagnoser, vært personer med en alvorlig symptomlidelse, ofte en psykose (Evjen, Øiern og Kielland 2003:26). En del av disse pasientene har også tradisjonelt hatt en alvorlig angstlidelse eller depresjon. Kartlegginger har vist at de rusmidler denne pasientgruppen tradisjonelt misbruker, er alkohol, sentralstimulerende midler eller cannabis. Rusomsorgens pasienter har i langt mindre grad psykoser, mens derimot personlighetsforstyrrelser og angst og depresjoner utgjør en stor andel. Denne gruppen er i langt større grad preget av alvorlig rusmisbruk som injisering av amfetamin og heroin og blandingsmisbruk. Oppsummeringsvis fremgår det dermed at den dobbeltdiagnosekombinasjonen som tradisjonelt har vært dominerende i psykisk helsevern, ikke var gjeldende for ROP-prosjektets pasientgruppe. Dette kan enten være en indikasjon på at:

- ROP rekrutterte andre pasienter enn hva det ordinære tjenestesystemet i psykisk helsevern gjør, eller at
- Det de siste årene har foregått en endring i retning av mer alvorlig rusmisbruk både blant rusomsorgens og det psykiske helsevernets pasienter.

Tradisjonelt har de ulike kombinasjonslidelsene blitt behandlet/møtt med ulike tilnærminger. Mens rusomsorgen har vært dominert av pasienter med utagerende atferd, har behandlingstiltakene i psykisk helsevern vært dominert av pasienter i det sårbare sjiktet. Dette representerer imidlertid, som all kategorisering av denne typen, en overforenkling. Ikke desto mindre har det i faglitteraturen blitt gitt anbefa-

linger i retning av hvilke tilnærminger man bør etterstrebe for henholdsvis de sårbare og de utagerende (St meld nr 25, ShDir 2000, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning 2002). Dette på tross av at man vet at det i alle pasientpopulasjoner, og innenfor alle diagnosegrupper, vil finnes pasienter som har mer enn bare en diagnose. Man kan både være psykotisk og utagerende, og personlighetsforstyrret og sårbar. Innen behandlingsforskningen har man alltid interessert seg for om det er rusmisbruket eller den psykiske lidelsen som er det primære, og hvilke konsekvenser dette i så tilfelle bør ha for behandlingstilbudet (se bl.a. Mueser et al., 1998, Shdir 2000). Innenfor tradisjonell behandling har det vært av stor betydning hva som kan anses som årsaken til rusmisbruket eller årsaken til den psykiske lidelsen. Det finnes forskning som bekrefter begge sammenhenger, både at psykiske lidelser kan være følge av rusmidlenes virkninger, og vise versa (op.cit.). Som oftest konkluderes det med at det er et samspill der personlighet og psykiatriske symptomer interfererer med virkningen av stoff og alkohol. (Drake et al., 1998, Mueser et al., 1995, Landheim og Bakken 2003). Misbruket kan føre både til en forsterkning av latente problemer og til redusert evne til å mestre dem. Relasjoner med venner og familie blir for mange ødelagt, og prognosen forverres betraktelig. Det fremgår av det som er nevnt over at det i første rekke er symptomer på angst og depresjon som kan være direkte følger av rusmisbruk.

Hvilke diagnoser fikk pasientene med uspesifisert diagnose?

Vi har i kapittel 6 beskrevet at en vesentlig del av ROP-prosjektets arbeid med pasientene, særlig tidlig i behandlingsforløpet, var diagnosesetting. Hele 33 pasienter hadde uspesifisert psykiatrisk diagnose ved innskriving, og 32 pasienter ble innskrevet uten en fastlagt rusdiagnose. Det bør bemerkes at vi antar at ikke alle disse kom til ROP uten at noen innen psykisk helsevern noen sinne hadde satt en diagnose. Tidligere i rapporten så vi at mange av ROPs pasienter hadde vært til behandling, noen svært mange ganger. Pasienter som hadde gamle diagnoser som kunne være feilaktige på grunn av tidsfaktoren ble gjerne journalført som uspesifikk diagnose. Diagnose kunne være urelevante fordi både pasientenes rusbruk og psykiske lidelser hadde endret seg. Det samme skjedde med pasienter hvor teamet under kontaktablering og utredning vurderte diagnosene til å være feilaktige. Uansett er det interessant å se hvilke diagnoser disse pasientene fikk etter en tid i ROP.

Tabell 8.9 viser at pasientene som hadde en spesifisert psykiatridiagnose ved inntak, i all hovedsak ble utskrevet med en diagnose i samme kategori. Kun fire av disse 58 pasientene har endret diagnosekategori i behandlingsperioden. Ni av dem som var utskrevet da vi avsluttet vår datainnsamling, ble innskrevet med uspesifisert psykiatrisk diagnose, og i tabellen ser vi at fem av disse ble i behandlingsperioden diagnostisert med psykotisk lidelse. To ble diagnostisert med personlighets- og

Tabell 8.9 Psykiatridiagnose ved utskriving, etter psykiatridiagnose ved innskriving. Absolutte tall og prosentvis fordeling (i parentes) på de ulike kombinasjonsmulighetene. N=67

	Psykiatri hoveddiagnose ved utskriving					
	Psykotisk lidelse	Affektiv lidelse uten psykotiske symptomer	Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	Nevrotiske lidelser	ADHD	Total
Psykiatri hoveddiagnose ved inntak						
Psykotisk lidelse	24 (36)	0	1 (1)	0	0	25 (37)
Affektiv lidelse uten psykotiske symptomer	0	13 (19)	1 (1)	0	0	14 (21)
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	2 (3)	0	14 (21)	0	0	16 (24)
Nevrotiske lidelser	0	0	0	3 (4)	0	3 (4)
Uspesifisert	5 (7)	1 (1)	2 (3)	0	1 (1)	9 (13)
Total	31 (46)	14 (21)	18 (27)	3 (4)	1 (1)	67 (100)

atferdsforstyrrelse og de to siste med henholdsvis ADHD og med affektiv lidelse uten psykotiske symptomer.

I tabell 8.9 er det kun diagnosene til de utskrevne pasientene per desember 2005 som fremkommer. I tabell 8.10 er også de 24 pasientene som ble skrevet inn med uspesifisert psykisk diagnose, men fortsatt var innskrevet ved datainnsamlingens avslutning, tatt med. I tabellen ser vi at to (forholdsvis nylig innskrevne) pasienter fortsatt ikke hadde fått en mer presis diagnose. En tredel av pasientene har blitt diagnostisert med en psykotisk lidelse og en tredel med personlighets- og atferdsforstyrrelse. Vi skal spesielt legge merke til at hele fem av disse pasientene har blitt diagnostisert med ADHD i løpet av behandlingen. Fem av de totalt seks pasientene med ADHD fikk diagnosen satt i sin tid i ROP. Bortsett fra ADHD-diagnosen er det en jevn fordeling med hensyn til hvilke diagnoser de som kommer til ROP med en uspesifisert diagnose får satt etter en tid i ROP-prosjektet.

Tabell 8.10 Fordelingen av uspesifisert psykiatrisk diagnose ved inntak, etter psykiatrisk diagnose satt seinere i behandlingsperioden*. Absolutte tall og prosent (i parentes). N=33

Psykiatri hoveddiagnose seinere i behandlingsperioden	Pasienter med uspesifisert diagnose ved inntak	
Psykotisk lidelse	10	(30)
Affektiv lidelse uten psykotiske symptomer	4	(12)
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	10	(30)
Nevrotiske lidelser	2	(6)
ADHD	5	(15)
Uspesifisert	2	(6)
Totalt	33	(100)

* For utskrevne pasienter er psykiatrisk hoveddiagnose ved utskriving benyttet. For fortsatt aktive pasienter er den gjeldende psykiatriske hoveddiagnose per 30.11.05 benyttet.

Tabell 8.11 Fordelingen av pasientene uten rusdiagnose ved inntak, etter rusdiagnose satt seinere i behandlingsperioden*. Absolutte tall og prosent (i parentes). N=32

Rusdiagnose seinere i behandlingsperioden	Pasienter uten rusdiagnose ved inntak	
Ingen diagnose	2	(6)
Alkohol	1	(3)
Opiater	16	(50)
Cannabinoider	1	(3)
Sedativa	0	
Andre stimulanter	0	
Multiple stoffer	12	(38)
Totalt	32	(100)

* For utskrevne pasienter er rusdiagnose ved utskriving benyttet. For fortsatt aktive pasienter er den gjeldende rusdiagnose per 30.11.05 benyttet.

Tabell 8.11 viser tilsvarende hvordan de som kom til ROP uten spesifisert rusdiagnose, fordelte seg diagnosemessig etter en tid i prosjektet. Halvparten ble kategorisert av teamet som opiatmisbrukere og 12 av de 32 pasientene som blandingsmisbrukere. De to som fortsatt var journalført uten rusdiagnose, er relativt nylig innskrevne pasienter på måletidspunktet. For teamet er det i terapeutisk henseende viktig å ha kjennskap til hvilke rusmidler pasientene benytter, både for å kunne medisinere dem adekvat og hensiktsmessig, og for å kunne tolke deres adferd og symptomer best mulig. Dessuten er det en av målsettingene for teamets behandlingsarbeid at rusbruk utredes.

8.3 Hovedinntrykk etter pasientintervjuene

Før vi analyserer pasientenes erfaringer med ROP-prosjektet, vil vi oppsummeringsvis gjengi noen hovedtrekk fra intervjuene. Disse kan oppsummeres i følgende punkter:

- Generelt ga pasientene inntrykk av at de hadde positive erfaringer med ROP.
- Flere av pasientene fremhevet at de hadde et tillitsfullt forhold til behandleren sin, og at det var viktig at de kunne stole på hverandre.
- Ikke minst lovpriste pasientene prosjektets tilgjengelighet, og de aller fleste er var fornøyd med den praktiske hjelpen de fikk.
- Noen pasienter mente det var for vanskelig å få plass i ROP, og at det er mange flere som trenger et slikt tilbud.
- Noen pasienter sa at de uten ROP aldri ville fått muligheten til å prøve ut metadon. Enda flere ville ha mistet tilbudet uten den type oppfølging som ROP ga. ROP var R-en (rehabiliteringen) som LAR-systemet ikke nødvendigvis stiller med.
- Noen pasienter opplevde at det var for lang ventetid og for lite tilgjengelig legeressurser i prosjektet.
- Noen pasienter mente det var for lite psykologressurser i teamet.
- Mange pasienter understreket betydningen av gjestfriheten og åpenheten i teamet, og at det var godt å få positiv oppmerksomhet når de kom til lokalet på Tøyen.
- Mange pasienter understreket betydningen av teamets nettverk i andre deler av behandlingsapparatet.

- Noen pasienter etterlyste mer aktiv behandling, og tettere oppfølging også etter at kontaktetableringsfasen var over. Noen uttrykte skuffelse over at de etter hvert ikke fikk den samme oppmerksomheten når en stabil pasient–behandler-relasjon var etablert.
- Flere av pasientene gav uttrykk for at de for seint skjønnte at de var med i et prosjekt som var tidsavgrenset, og at de burde ha benyttet prosjekttiden bedre.
- Nesten alle pasientene vi intervjuet grudde seg til avslutningen, og mente at to år i prosjektet var for kort tid. Andre gav uttrykk for at de forstod at de måtte slutte fordi andre stod i kø, og at det var greit å overlate «stafettinnen» til disse.
- Flere pasienter påpekte at de ikke ville ha vært i ROP om det ikke hadde vært for at behandlerne oppsøkte dem aktivt, maste og ikke gav seg, selv i perioder hvor de selv trakk seg tilbake og på ulike måter var avvisende til kontakt.

Vi sitter igjen med inntrykk av at pasientenes viktigste erfaring var opplevelsen av å bli behandlet med respekt og tillitt, å bli møtt på egne premisser og med utgangspunkt i egne behov. Pasientene ga også inntrykk av at de opplevde å bli gjort delaktig i egen behandling gjennom behandlernes forventninger om at de skulle ta ansvar for eget liv. Mange av pasientene ga i intervjuer med oss gir uttrykk for at ROP har hatt positive konsekvenser for dem. De har fått hjelp til å få mer orden i et ofte slitsomt, og kaotisk liv. ROP har fått mange forskjellige tjenesteaktører til å samarbeide.

Noen av pasientene uttrykte misnøye med at ikke alle deler av teamets spesialistkompetanse var like tilgjengelige for dem. Dette gjaldt spesielt psykologene og til dels legen/psykiateren. I den grad denne etterlysningen er basert på en generell erfaring blant pasientene, representerer den etter vårt syn en etterlysning av en annen type fleksibilitet i ROP-teamet. Slik vi tolker pasientene, etterlyste de en annen bruk av teamets personellressurser i retning av å gjøre hvert enkelt teammedlem mer tilgjengelig for den enkelte pasient. Pasientene kan sies indirekte å uttrykke et ønske om at hele teamet i prinsippet skulle være disponibelt for hver enkelt pasient, og at det skulle være pasientens behov som til enhver tid burde avgjøre hvem i teamet som behandlet pasienten. Slik vi ser det ville ikke et slik ønske komme på kollisjonskurs med ordningen som ROP praktiserte med at én eller to av behandlerne hadde hovedansvaret for hver av sine pasienter. Pasientenes erfaringer innebærer at konkret tidsbruk og kontakt med fordel i større grad kunne blitt styrt av hvorvidt pasientene ønsket for eksempel støttesamtale med psykolog, hjelp til skriving av søknad om uføretrygd eller metadonbehandling, bistand knyttet til bolig, praktisk hjelp til å komme i gang med trening eller andre sosiale aktiviteter, eller få i stand en akuttinnleggelse på psykiatrisk døgnavdeling. En forutsetning for en slik fleksibel bruk

av teammedlemmene er en større anerkjennelse og aktiv bruk av teammedlemmenes *ulike* egenskaper, interesser og fagkunnskap. Pasientene hadde mange og *ulike* interesser og behov, og teamet kunne muligens ha tilpasset seg disse gjennom enda mer fleksibel bruk av teammedlemmenes kompetanse.

Vi har deltatt på flere faglige teamsamlinger hvor tema har vært funksjons- og ansvarsfordeling innad i teamet. I alle disse diskusjonene var alternativene i henhold til våre data begrenset til betydningen av å være to og ikke bare én behandler for hver pasient. ROP-prosjektet hadde hele tiden hatt en formulering i beskrivelsen av egen arbeidsform om at teamet skulle kjenne alle pasientene. Det at to og to delte på behandleransvaret var en måte å sikre dette på.

I de første årene av prosjektet var konsekvensen av teamets infrastruktur at det ikke var forskjell på de ansatte med hensyn til hvem som gjorde hva, og at teamets tverrfaglighet skulle opparbeides gjennom de refleksjoner de hadde i interne diskusjoner og fagutvikling. Våre data tyder på at behandlernes tanke var at hver enkelts kunnskap skulle brukes i dette refleksive arbeidet, og at hver enkelt gjennom dette etter hvert skulle tilegne seg og videreutvikle en tverrfaglig kompetanse. I faglitteraturen betegnes dette som en generalistmodell (Burns 2003). Den kan muligens gjenspeile en slags motvilje og frykt for at funksjonsdeling og tydelig fordeling av arbeidsoppgaver og ansvarsområder ville medføre en hierarkisering internt i teamet. Fafo utfordret teamet på dette på teamets årlige fagseminar i 2001. Reaksjonen fra teamet var jevnt over at det var irrelevant å tydeliggjøre hva den enkelte ansatte og den enkelte faggruppe var gode og mindre gode på. Det var viktigere å konkretisere og beskrive hva teamet som helhet var gode på, og hadde høy kompetanse på. Utfallet av denne diskusjonen hadde etter vårt syn flere fundamentale konsekvenser for teamets fremtidige selvforståelse. Ikke minst at det muligens der og da (utilsiktet, kanskje) ble gjort enda tydeligere at ROP-Tøyen var et team bestående av flinke og svært kompetente folk, at de var håndplukket nettopp fordi de var enere på sitt område (i betydningen å jobbe med denne målgruppen med en beslektet tilnærming som det ROP ønsket å prøve ut). Dette satte muligens standarden, og medvirket til en selvforståelse hos den enkelte i retning av at man skulle takle problemer og utfordringer selv, være flink og ikke be de andre om hjelp i tide og utide.

Et viktig funn fra pasientintervjuene var at pasientene erfarte at ROP-medarbeiderne var deres støttepersoner overfor og i møte med det ordinære tjenesteapparatet. Slik vi tolker intervjuer med de ansatte, tyder mye på at teammedlemmene bedrev et slags identitetsarbeid med formål å styrke pasientenes tillit til seg selv og tro på at de har ressurser og evner til å skape endringer i eget liv. Filosofen Hilde Lindemann Nelson skriver i sin bok *Narrativ oprejsning* om identiteter som er gått i stykker, og beskriver hvordan identiteter skapes av de historier (narrativer) som fortelles om dem (Nelson 2002) og som følgelig tar stor skade dersom de små og store fortellingene de selv og andre forteller om dem er undertrykkende og fratar

dem evnen til å se sine egne ressurser. Etter intervjuer med ROP-pasienter (og med team og samarbeidsinstanser) sitter vi igjen med et bestemt inntrykk av at en god del av det identitetsarbeidet ROP-behandlerne har prøvd å utføre i møtet med pasientene, og i samarbeidet med sine samarbeidspartnere, ofte dreide seg om å fremheve pasientens ressurser og fortelle «mothistorier», både om pasienten til hans eller hennes omgivelser, og til pasientene selv. Samarbeidsinstansene opplevde ofte utilstrekkelighet i sine møter og sitt arbeid med ROP-pasientene, det er ett av kriteriene for inntak i ROP-prosjektet. Intervjuer med samarbeidsinstanser viser at ROP-teamets tilnærming var preget av å fremvise håp og tro og positive forventninger til arbeidet med pasientgruppe som hadde fått sin identitet skadet. Dette var viktig med bakgrunn i den miskreditt og mangel på respekt og anerkjennelse pasientgruppen opplever at de møtes med. Avisoppslag for eksempel om rusmisbrukeres manglende botilbud eller helsehjelp har de siste årene jevnlig illustrert dette.

8.4 Oppsummering

- ROP-prosjektet greide å rekruttere og etablere kontakt med pasienter.
- Pasientene ga uttrykk for at lokalenes åpenhet, teamets gjestfrihet og behandlernes tilgjengelighet var av stor betydning for dem og deres egen motivasjon for å delta og muligheter til å være en del av et behandlingstiltak som ROP. Å kunne komme uten avtale eller få kontakt via sms har for mange representert en trygghet og fleksibilitet de har satt stor pris på.
- Ved inntak var mange av pasientene preget av hjelpeløshet, dårlig psykisk helse, ustabil bosituasjon og til dels bostedsløshet, generelt lavt funksjonsnivå og omfattende og alvorlig rusmisbruk. Dette er var kjennetegn i overensstemmelse med prosjektets målgruppe.
- De fleste av pasientene ble skrevet ut etter omlag 24 måneder. Mange trengte lengre tid og var vanskeligere å få overført til det ordinære helse- og tjenesteapparatet. Svært få av pasientene trakk seg fra behandlingen underveis eller måtte skrives ut på grunn av manglende evne/vilje til samarbeid med teamet.
- ROP-teamets arbeidsform ser ut til å ha egnet seg for pasientene også gjennom at mange av pasientene oppnådde positive endringer av bosituasjon og funksjons- og symptomnivå i løpet av behandlingstiden. Mange av pasientene fikk dessuten stabilisert sin rusbruk og psykiske helse gjennom medikamenttildeling og oppfølging.

- Alle pasientene fikk i løpet av behandlingstiden utredet sin rus- og psykiatridiagnose, enten i form av diagnostiske intervjuer og/eller basert på kliniske vurderinger utført av teamet. Noen pasienter har også gjennomgått nevrologiske tester.
- Mange av pasientene gjennomførte i løpet av tiden i ROP planlagte institusjons- og/eller avrusningsopphold. . Mange som ellers ikke ville tilfredsstilt LAR-kriteriene (Legemiddel Assistert Rehabilitering), har takket være ROPs status og rolle som rehabiliteringselementet i LAR fått tildelt metadon/Subutex. ROP har tatt ansvaret for praktisk oppfølging og muliggjort en slik behandling.

9 Egnet behandlingsmodellen seg for teamet og dets samarbeidsinstanser?

ROP-prosjektet startet opp i januar 2001 og ble avsluttet som prosjekt 31.12 2005. Fra 1 januar 2006 gikk prosjektet over til fast tiltak og ble Seksjon for Rus og Psykisk Lidelse ved Tøyen DPS.

Denne evalueringsrapportens hovedtema har vært en beskrivelse av sentrale kjennetegn ved ROP-prosjektets pasienter, ROP-teamets samarbeidsinstanser samt teamet og deres arbeidsform. Pasientenes behov skulle være det styrende prinsipp for teamets tilnærming, behandlingstiltak og arbeidsoppgaver da de startet opp. En slik «brukerorientering» innebar at det var pasientenes ressurser, behov og begrensinger som var avgjørende for behandlingens innhold og teamets ressursbruk. I tillegg representerte det ordinære tjenesteapparatet viktige rammebetingelser for teamets mulighetsrom. Teamets arbeidsform måtte tilpasses samarbeidsinstansenes ressurser og måte å tenke og jobbe på. Men også teaminterne faktorer var vesentlige for teamets måte å fungere på. Prosjektledelsen brukte mye tid både før og etter oppstarten av prosjektet på å rekruttere de riktige personene til teamet. At teamet skulle være tverrfaglig sammensatt og bestå av åtte kliniske medarbeidere med høy kompetanse innen kombinasjonsproblematikken rus/alvorlig psykisk lidelse var en forutsetning.

I dette sluttkapittelet har vi samlet trådene fra de foregående kapitlene. Mange av poengene er skrevet om tidligere, men her inngår de i en tematisk samlet oppsummering av de helt sentrale elementer i ROP-teamets kompetanse og arbeidsform, og vi har fremhevet hvor potensialene for forbedringer etter vår vurdering ligger.

Betydningen av kontinuitet og langsiktighet

Som vist i kapitlene foran hadde prosjektledelsen, i tillegg til de faglige kriteriene, to andre sentrale utvalgs-kriterier ved rekrutteringen av personell til ROP-teamet. Det første var personlig egnethet. Det andre at de ansatte skulle utfylle hverandre både på det personlige og faglige plan. Vurderingen var at riktig sammensetning og personlig egnethet var viktige forutsetninger for at så mange personer skulle fungere godt sammen i fem år. De ansatte skrev femårige ansettelseskontrakter. Etter vår vurdering har både personlig egnethet, teamets faglige sammensetning og stabilitet-

ten i teamet vist seg å representere vesentlige elementer i realiseringen av målet om kontinuitet og langsiktighet i kontakten mellom teamet og pasientene. Dette er et nøkkelement i prosjektets faglige plattform. ROP-prosjektets mandat var dessuten å utvikle en behandlingsmodell, noe som teamledelsen også antok forutsatte stor stabilitet i staben. Ledelsens langsiktige tenkning i forhold til dette har etter vår vurdering vært av avgjørende betydning for ROP-prosjektets fag- og kompetanseutvikling, og dermed for ROP som modellutviklingsprosjekt. Stabiliteten i behandlergruppa har vært av uvurderlig verdi både for pasienter, samarbeidsinstanser og for teamet selv, og bør være elementer å vurdere ved eventuell overføring til andre lignende behandlingstiltak for denne pasientgruppen.

Betydningen av faglig påfyll og kompetansehevende tiltak

Som element i tilretteleggingen av gode arbeidsvilkår ble betydningen av fag- og kompetanseutvikling understreket allerede under ansettelsesprosessen. Dette var kontinuerlig et tema underveis i prosjektet. Det har i perioder vært delte oppfatninger om hvorvidt de faktiske kompetansehevende tiltakene har vært tilstrekkelige og fungert tilfredsstillende. Oppfattheten av dette tema både i stab og ledelse er i seg selv positivt, og har etter vår vurdering også ført til at teamet og dets ledelse har greid å skaffe ressurser og vært villige til å foretatt prioriteringer som har gitt teamet og dets enkeltmedlemmer muligheter både faglig påfyll som team og som enkeltpersoner. De har skaffet seg armslag i form av kvartalsvise fagdager, årlige stabsseminarer og årlige studieturer til utlandet, foruten jevnlig eksternt ledede veiledninger. Det siste ble av teamet påpekt som av uvurderlig verdi for deres utvikling, både på individ- og teamnivå. I tillegg har teammedlemmene understreket betydningen av de daglige morgenmøtene som arena for utveksling av viktig informasjon og også faglige refleksjoner. At teamet i hele perioden har påtatt seg undervisnings og foredragsoppdrag, har ikke bare gitt inntekter til studieturer, men også representert faglige utfordringer og gitt muligheter til en annen faglig refleksjon og forankring enn den hverdagen tilbyr. Fag- og kompetanseutviklingen i ROP-prosjektet har etter vår vurdering også bidratt til at teamet utviklet seg fra et flerfaglig sammensatt team til et tverrfaglig fungerende team.

Betydningen av bredde og størrelse

Ut fra teamets faglige sammensetning kan det se ut til at teamledelsen vektla behandling/terapi, med mindre oppmerksomhet rettet mot pasientenes rehabiliteringsproblemer og problemer med tilknytning til arbeids- og boligmarked. Ingen av de ansatte hadde denne type utdanning eller jobberfaring ved ansettelse. Dette skjedde på tross av at de i sine målsettinger hadde formulert at fokus i det pasientrettede

arbeidet både skulle være nære behov som bolig, økonomi, arbeid/trygd og sosiale relasjoner. Teamet rekrutterte etter hvert en ny medarbeider med kompetanse spesielt på booppfølging og tilrettelegging av gode boligløsninger.

Erfaringene underveis har vist at bredden i teamets sammensetning var et viktig elementer i teamets arbeidsmåte. Bredden økte spillerommet for å variere mellom typer av tiltak, både de pasientrettede og systemrettede tiltakene, og det økte teamets handlekraft og evne til å finne fleksible og gode løsninger for den enkelte pasient. Det viste seg å være av sentral betydning for teamets handlekraft at psykiater/lege var inkludert i teamet. Dette sikret pasientene og de ansatte medisinsk kompetanse ved behov, og dermed også en tett medikamentell oppfølgingen av pasientene.

I intervjuer uttrykte teamet at sammensetningen med to fra hver fagprofesjon (psykolog, sykepleier og sosionom) virket forebyggende i perioder med sykdom og annet fravær. Det var stor slitasje på behandlerne i perioder. Et flertall av teamet gav uttrykk for at de mente åtte behandlere er et minimum i et slikt team. Med en slik størrelse reduseres teamets og den enkelte ansattes sårbarhet. Noen av de arbeidsoppgavene teamet utførte var basert på de ansattes fagutdanning. At flere kunne utføre dette arbeidet var et gode. Generelt var erfaringen at teamet heller var for lite enn for stort. Kontinuitet og langsiktighet i personell ressursene ser ut til å fordre både flerfaglighet og en viss størrelse.

Betydningen av teambasert tilnærming

Formålet med den teambaserte arbeidsformen var å sikre tilgjengelighet, fleksibilitet og tverrfaglighet i det pasientrettede arbeidet. Dette innebar som nevnt over at teammedlemmene kunne dekke opp for hverandre ved behov. Det betydde også at muligheten var til stede for at pasientene kunne skifte behandler dersom dette viste seg ønskelig eller nødvendig. I tillegg medførte dette en fleksibilitet ved at pasienter i en periode kunne ha samtale med psykolog, mens de i andre perioder brukte mest tid sammen med en av sosionomene, alt etter hvilken fagkunnskap og erfaringskompetanse pasienten til enhver tid trengte eller ønsket. De daglige morgenmøtene, de felles behandlings- og inntaksmøtene og generelt den tette relasjonen mellom teammedlemmene, representerte en tilleggsressurs både for teamet i deres faglige utvikling og for det pasientrettede arbeidet. Vi har gjennom deltakende observasjon sett hvordan teamets samlede faglige kompetansen ble anvendt i konkrete diskusjoner og i løsningen på konkrete utfordringer og problemstillinger. At ROP-teamets arbeidsform innebar involvering av hele teamet, medvirket dette til utvikling av et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fagprofesjoner og den enkeltes kompetanse. Våre data tyder på at ROP-teamets medlemmer ikke primært anså det som viktigst å tviholde på sin spesialkompetanse, men at hver enkelt i ulik grad har vært villig til å dele den med de andre. Spesialrollene ble dermed ikke holdt helt fast. Spennin-

gen i teamet gikk i perioder heller ut på det motsatte, nemlig at medlemmene ble slepet så mye mot hverandre og mot hovedtyngdepunktet i gruppa at det fagspesifikke kanskje ble dempet for mye. Slike perioder ble gjerne avløst av perioder hvor behandlerne anså det som viktig å tydeliggjøre overfor seg selv og de andre hva som var den enkeltes egen spesialitet og spisskompetanse. ROP-teamet har samlet sett vært mer orientert mot generalistkompetanse enn å tydeliggjøre sine spesialkunnskaper og interesser, og å ta konsekvensen av disse i teamets interne organisering.

Betydningen av rutiner og ledelse

ROP-teamet greide ikke å få til å rutinemessig jobbe to og to sammen før de opplevde pasientarbeidet som så belastende at de ble tvunget til det. Dersom man mener at dette bør være en rutine i slike team, så må det være en ledelsesoppgave å se til at så skjer. Det kan ikke overlates til hver enkelt behandler å ta initiativet til en slik arbeidsform.

De fleste av ROPs pasienter signerte samtykke og var villige til å gjennomføre diagnostiske intervjuer og andre kartleggingssamtaler. Denne typen utredning var ment å være en sentral del av ROP-prosjektets dokumentasjon av arbeidsformens muligheter og begrensninger, foruten at den skulle være viktig behandlingsdokumentasjon. Ifølge ROP-teamets erfaringer var dette arbeidet svært ressurskrevende og til dels umulig å gjennomføre på en systematisk måte med denne pasientgruppen. Det er imidlertid vår vurdering at dette kunne ha latt seg gjennomføre dersom teamet hadde organisert sine ressurser bedre, samt at ansvaret og prioritering var blitt gjort mer eksplisitt av prosjektets ledelse.

ROP-teamet trengte, og trenger i fortsettelsen, gode rutiner for kartlegging av sentrale kjennetegn ved pasientene, som deres psykiske og fysiske helse, sosiale bakgrunn, diagnoser og så videre, og de trenger rutiner for dokumentasjon av hva som skjer med pasientene underveis i behandlingsforløpet. Oppsatte rutiner og tydelig ansvars- og arbeidsdeling for gjennomføringen av slike arbeidsoppgaver ville ha styrket teamets faglighet i forhold til deres omgivelser og de krav samhandlingen med disse på ulike måter stilte. Teamet trengte derfor en annen intern organisering og en tydelig ledelsesprioritering dersom de skulle ha imøtekommet behovet for å kartlegge kjennetegn ved pasientene og dokumentere effekten av den behandlingen de ga i prosjektperioden.

Betydningen av eksplisitte kriterier

Når det gjelder samhandlingen med omgivelsene, viser våre analyser at det er av overordnet viktighet at et team som ROP har eksplisitte inntakskriterier. Dette av flere grunner:

1. Uten eksplisitte inntakskriterier er det vanskelig for henvisningsinstanser å vite hvem de skal henvise, og behandlingsteamet står i fare for å bli «flytende» og uklart for sine omgivelser. Målgruppen kan endre seg underveis, lokale grunner kan finnes for at man modifiserer målgruppen. Som eksempel kan trekkes frem at det i Oslo (og i ROP-prosjektet) i ROPs prosjektperiode vært rettet mye oppmerksomhet mot dem som har vært i en ustabil/dårlig bosituasjon. ROP-teamet skriftliggjorde sine inntakskriterier og målgrupper. Ikke desto mindre tyder både intervjuene med teamet og det store antall avslag ROP måtte gi på at de i perioder mottok mange feilhenvisninger. Hvor disse pasientene hører hjemme har vi ikke kunnskap om, da vi verken har hatt ressurser til å innhente opplysninger om disse pasientene, eller innhentet systematiserte opplysninger om ROP-teamets begrunnelse for avslag. Dette ville imidlertid kunne være informasjon av stor interesse i forhold til vurderinger av hvilke typer tiltak det er behov for i Oslo, og vurderinger av dimensjoneringen av de ulike typer av behandlingstiltak.
2. Uten eksplisitte og nedskrevne inntakskriterier kan behandlingsteam ta inn pasienter man «liker», men som ikke er i målgruppen, og de kan lettere avvise personer i målgruppen som man har motstand mot eller problemer med å jobbe med. Uklare kriterier kan brukes til å diskriminere uønskede pasienter. Den beste måten å unngå mistanke om at man opererer på denne måten, er å tydeliggjøre, skriftliggjøre og kommunisere sine inntakskriterier overfor omgivelsene, samt dokumentere hvordan disse anvendes i hvert enkelt avslag/inntak. Med eksplisitte kriterier vil man også lettere kunne begrunne de eventuelle unntakene man gjør. ROP-teamet har så vidt vi har kjennskap til for eksempel anvendt egne inntakskriterier på en svært fleksibel måte i ett par tilfeller. Blant annet har de tatt inn par, selv om ikke begge strengt definert nødvendigvis oppfylte de oppsatte inntakskriteriene helt ut. Teamets vurdering var at det var en forutsetning for å kunne lykkes med behandlingen av den mest hjelpetrengende, at de ble tatt inn sammen. Inntaket av partner ble da en slags metodikk i behandlingen av «pasienten». At ROP-teamet har hatt frihet til å operere såpass fleksibelt anser vi som en styrke. Ikke desto mindre er det av stor betydning at samarbeidsinstanser/omgivelser får kjennskap til teamets faglige vurderinger. I motsatt fall kan slike avgjørelser oppfattes som uklarhet og forskjellsbehandling, og utvikle oppfatninger/holdninger ingen er tjent med.
3. Uten eksplisitte inntakskriterier kan man verken måle teamets praksis eller sammenligne henviste/ventende pasienters behov med dem som er på vei ut av prosjektet. Som vi har vært inne på i kapitlene foran har avgjørelser rundt og iverksetting av utskriving av pasienter i mange tilfeller vært vanskelige prosesser både for pasienter og team. Dersom man i større grad jobber ut klare inntakskriteri-

er, vil dette i neste omgang kanskje unne bevirke at behandlingens målsettinger blir mer funksjonsbaserte enn tidsavgrenset.

Den tradisjonelle behandler sitter på sitt kontor og venter på at pasientene skal komme til samtale. ROP-teamets kliniske praksis har vært preget av en ny behandlerrolle sammenlignet med dette. Erkjennelsen etter fem år med ROP er at spesialisthelsetjenesten i mye større utstrekning må ut og møte dem som har en alvorlig psykisk lidelse og som er rusavhengige, der disse befinner seg. Dersom man anerkjenner en slik arbeidsform, tyder mye på at endringer i refusjonsordningene som sikrer inntekt for oppsøkende arbeid rettet mot familie/nettverk og samarbeidsinstanser, både med og uten pasienter til stede, og både i og utenfor behandlerkontorene, ville være et hensiktsmessig initiativ.

Denne nye behandlerrollen var også preget av at teamfokus var viktigere enn individuelt behandleransvar. ROP-teamet har i løpet av prosjektperioden erfart at man i arbeidet med pasientgruppen må være villig til, åpen for, og i stand til å utforske nye arbeidsmåter, prøve, feile og prøve igjen. Videre har teamet erfart at gjestfrihet er et svært viktig og virksomt prinsipp i møte med pasientene, heller enn kontroll og begrensning. Teamet visste allerede før oppstart at de måtte ha et langsiktig perspektiv. Prosjektperioden har understreket viktigheten av dette, samtidig som man må kunne forholde seg til krisene som disse pasientene hyppig kommer i. Analyser av teamintervjuene tyder på at teamet mener at en slik tilnærming er å ta denne pasientgruppens behov på alvor.

Å jobbe på den måten ROP-teamet har gjort krever store ressurser, en ressursbruk som må kunne rettferdiggjøres. Utgangspunktet er at disse pasientene har krav på behandling, og at de er en ressurskrevende gruppe å behandle fordi de trenger tilrettelagte tiltak. ROP har vist at det er mulig å etablere en behandlerrelasjon og at det nytter å holde kontakten over tid. I tillegg er det åpenbare samfunnsøkonomiske gevinster i å få stabilisert liv, rusbruk og en allmenn helsesituasjon, og ikke minst pasientenes bruk av svært ressurskrevende akuttinnleggelser. Vi vil hevde at det dyreste uansett er å behandle pasientene intenst og ressurskrevende i to år, for deretter å «slippe» dem uten at videre behandlingsrelasjon er sikret og grunnlaget for bedre livskvalitet er etablert.

Vi har ikke gjennomført noen cost-benefit-analyse av ROP-prosjektet. For oss er det imidlertid åpenbart at ROP-teamet har en del å hente i effektivitet hva inntaksprosesser og prosedyrer angår. Det er også noe å hente på at teamet tidligere i prosessen kan etablere et (mer) forpliktende samarbeid med henvisningsinstansene, slik at de sammen kan intervensere med tanke på livet etter utskriving fra ROP. Kanskje kunne man tenke seg at man for fremtiden innlemmer noen nye kriterier for inntak i ROP som mer enn tidligere ansvarliggjør bydel og henvisningsinstanser for hva som skal skje etter utskrivingen fra ROP? Kanskje kunne man tenke seg

at tiden i ROP også i fremtiden burde være tidsavgrenset, men hvor overførings-tidspunktet bestemmes av om pasientens psykiske helse og livssituasjon er stabilisert? Før utskriving må da en ny behandlingsrelasjon i det ordinære tjenesteapparatet ikke bare være etablert, men ha vært etablert over en viss tid, og man ser at det går bra.

Det er vårt bestemte inntrykk etter fem års kontakt med ROP-teamet og deres pasienter, at det ROP-pasientene nesten uten unntak trenger, er noe meningsfullt å stå opp til, ha et sted hvor de kan drive med aktiviteter som gir hverdagen mening og/eller som kan gi dem inntekt eller læring. I den grad slike dagtilbud etableres/gjøres tilgjengelig for ROPs pasienter, antar vi at ROP vil kunne er villig til og i stand til å være en kvalifisert samarbeidsinstans også for disse tilbudene i deres arbeid med å tilpasse tilbudene til pasientenes behov

Endring av behandlerrollen

ROP-teamet opplevde at noen av samarbeidsinstansene satte spørsmålstegn ved om det de gjorde i prosjektperioden var «ordentlig behandling». De møtte holdninger som at «alle kan jo gjøre det dere gjør», og det å være «terapeut på hjul» ble ansett som noe annet enn psykisk helsearbeid. Samtidig var nettopp dette for teamet selve kjernen i måten deres å jobbe på. ROP-Tøyen har erfart at å tilby samtale og samvær der livet til pasientene leves, innebar at pasientene følte seg «hjemme», trygge, og det var mulig å skape tillit og allianse. Samtidig illustrerer de nevnte holdningene også det uttalte presset i retning av at andrelinjen ikke skal gjøre førstelinjearbeid. Holdninger som nevnt ovenfor kan i verste fall føre til at oppsøkende klinisk helsearbeid blir et ikke-klinisk område, og noe terapeuter ikke skal gjøre. ROP tror ikke at pasientene er tjent med det.

Ifølge våre data mener flere av samarbeidsinstansene at teamets fleksibilitet, nye behandlerrolle, samt helhetlig og behovstyrt kontakt og hjelp nytter. De anser dette som en hensiktsmessig og nyttig tilnærming overfor pasientgruppen. Flere hevdet også at ROP har bidratt til å øke toleransen for gruppen gjennom at de har vist at det nytter å jobbe med disse pasientene, og gjennom at de aktivt har reist rundt og fungert som rådgivere, undervisere og veiledere for andre.

Betydningen av eksternt samarbeid

Sentrale elementer i ROP-prosjektets behandlingsmåte var en helhetlig tilnærming til pasientene og deres behov med formål om å gi dem et integrert behandlingstilbud. Selv om ROP-teamet var tverrfaglig sammensatt, disponerte de ikke egne boligtiltak, eller egne avrusnings- eller døgntilbudsplasser. De kunne heller ikke utløse rettigheter vedrørende sosialhjelp, trygdeytelser eller tilbud om meningsfulle

aktiviteter på dagtid. For å etterkomme denne typen behov hos pasientene var ROP-teamet avhengig av, og til dels prisgitt, et fungerende samarbeid med instanser som sosial- og trygdeetat, LAR, apotek, behandlingsinstitusjoner i rusomsorg og psykiatri, hospitser og kommunale botiltak. Eksplisitte målsettinger var i prosjektperioden å arbeide overfor psykisk helsevern, institusjoner og tiltak innen rusomsorgen for å høyne toleransen og forståelsen for pasientgruppen, og høyne den generelle kompetansen innen feltet. Videre var det en målsetting å videreføre og utvikle samarbeidsformer med den allmenne helse- og sosialtjenesten, fordi dette var og er en forutsetning for å få til helhetlige og gode løsninger for pasientene.

En målsetting for ROP har vært å jobbe for at systemene rundt skal kunne ta i mot og bistå pasientene. Både færre henvisninger i løpet av prosjektperioden og hva samarbeidsinstanser uttrykker i intervjuer kan tyde på at ROP oppnådde fremgang på dette området. Informanter i døgninstitusjoner i rusomsorgen, ansatte på sosialsentre og i botiltak sier helt eksplisitt at samarbeidet med ROP medvirket til å øke deres egen forståelse for pasientenes vanskelige livssituasjon. Samarbeidsinstanser fremhevet som spesielt verdifullt ROPs formidling om kombinasjoner av rusmisbruk og psykiske lidelser og de effekter dette har på pasientens atferd og måte å oppleve verden på. Samarbeidet har økt kunnskapen om kjennetegn ved sykdommene, hvilke problemer pasientene sliter med, og hvilken type oppfølging og hjelp de trenger.

Samarbeidsinstansene understreket at ROPs teambaserte tilnærming sørget for høy tilgjengelighet, for eksempel ved at det alltid var noen til stede når de henvendte seg til teamet. Henvendelsene ble besvart av noen som kjente pasienten og som kunne håndtere henvendelsene umiddelbart. Dette blir understreket som en svært viktig samarbeidsressurs.

Noen av behandlerne i ROP fremhevet i intervjuer at det var det gode eksterne samarbeidet som var selve drivkraften i arbeidet. Vi skal merke oss at ROP ikke lagde seg rutiner, og de utviklet heller ikke modeller for hvordan de skulle gjennomføre samarbeidet. Som tidligere beskrevet foregår mye av samarbeidet i ansvarsgrupper og i arbeidet tilknyttet oppfølging av individuell plan. Men like mye samarbeid var i form av telefonsamtaler med informasjonsutveksling om for eksempel hvordan man skulle løse en akutt krisesituasjon, hva som var effekten av medikamenter, forberedelse til innleggelser eller avrusing, overføring til ny bolig eller liknende.

Generelt kan man hevde at ROP-teamet gikk fra å bruke «å være på tilbudssiden» som strategi til å bli mer bevisst og tydelig på arbeids- og ansvarsdelingen mellom de ulike aktørene i ansvarsgruppene. De har i løpet av prosjektiden blitt mer «krevende» i forhold til henvisende instanser gjennom påtrykk på at de må være med videre i arbeidet med pasientene. Inntak i ROP skulle ikke bety at ROP overtok alt ansvaret. Avslutningsfasen, det vil si planlegging og klargjøring av pasientenes ut-

skrivning, skulle starte – satt på spissen – ved innskrivingen i ROP. Dette kan ses på som en måte å formulere hovedmålsettingen med selve prosjektet og behandlingen på: Pasientene skulle hjelpes til å få etablert kontakt med det ordinære behandlingsapparatet og å nyttiggjøre seg av dette. Teamet spilte ut over i prosjektperioden nok oftere ballen tilbake til henviserne også, med beskjed om at behovet kanskje heller var koordinering, og ikke enda en aktør.

Våre funn tyder på at ROP ikke alltid var like gode til å kommunisere sine vurderinger eller informere om sine interne prosesser overfor henvisningsinstansene. ROP har vært åpne ovenfor omgivelsene i perioder hvor de «trengte» pasienter, men lukket seg mer inne og «glemte» henviserne i perioder med stort arbeidspress.

ROP-prosjektet har i perioden 2001–2005 prøvd ut noen prinsipper for rekruttering, behandling og samarbeid rundt pasienter med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmisbruk i Oslo. De har prøvd og feilet, justert og forfinet en arbeidsform som pasienter, team og mange samarbeidsinstanser har gitt uttrykk for at har opplevd som hensiktsmessig og nyttig, og som etter mange av informantenes mening har ført til bedre vilkår for pasientgruppen i sentrale deler av tjenestesystemene i Oslo, både i førstelinjen og i spesialisthelsetjenestene. Pasientene og deres behov har, ikke bare på grunn av ROP, men ikke minst med bidrag fra ROP, blitt bedre kjent og innarbeidet i de ulike tjenesteorganisasjonenes kompetanse enn hva som var tilfelle i 2001. Dette har skjedd selv om holdninger til, og kunnskap om, pasientgruppen av team og samarbeidsinstanser vurderes som svært forskjellig i ulike bydeler og sykehussektorer.

10 Oppsummering, konklusjoner og anbefalinger

I denne rapporten har vi presentert ulike typer av data som beskriver ROP-prosjektets pasienter, team og ROP-teamets arbeidsform. I dette sluttkapittelet vil vi avslutningsvis oppsummere våre hovedfunn og konklusjoner og komme med noen anbefalinger for det videre arbeidet med å utvikle et integrert behandlingstilbud for ROPs pasientgruppe i Oslo.

Oppsummeringsvis har ROP-teamets målsettinger vært med utgangspunkt i pasientenes behov å samarbeide med det ordinære tjenesteapparatet for å:

- finne akseptable boligløsninger
- støtte familierelasjoner
- stimulere/utvide pasientens sosiale nettverk og nære relasjoner
- bedre pasientens økonomiforvaltning gjennom samarbeid med sosialtjeneste og trygdeetat
- bedre overholdelse av medikamentelle avtaler
- øke pasientens mestringsevne
- bedre den allmenne helsetilstanden
- øke pasientens livskvalitet
- stabilisere pasientens psykiatriske symptomer
- redusere skadelig rusbruk
- øke kunnskapen om sammenhengen mellom rus og psykisk uhelse
- redusere omfanget av kriser
- stimulere til meningsfulle daglige aktiviteter
- etablere relevant kontakt og relasjoner til det ordinære behandlingsapparatet

For å oppnå disse målene har ROP-teamet drevet aktivt oppsøkende arbeid og hatt en teamorganisering som skulle være tilpasset behovet til deres pasientgruppe for et

helhetlig og faglig sammensatt behandlingstilbud. Organiseringen av ROP-prosjektet var i prosjektperioden preget av følgende nøkkelementer:

- ROP-teamet var tverrfaglig, bestående av ulike profesjonsgrupper (både sosionomer, psykiater, sykepleiere og psykologer)
- ROP hadde lav case-load, det vil si et begrenset antall pasienter per behandler. I praksis hadde hver behandler til enhver tid mellom fem og syv pasienter. Den internasjonale faglitteratur angir maksimum ti per behandler.
- Det var hyppig kontakt mellom pasient og team, for noen pasienter betydde dette daglig i perioder, for andre ukentlig. Anbefalinger i faglitteraturen (Mueser 200?, Burns 2003, Evjen, Øiern og Kielland 2003) går i retning av mye, gjerne daglig kontakt, spesielt i behandlingens første fase. Kontakthypigheten skal uansett ta utgangspunkt i pasientens behov.
- ROP-teamets behandlingsintervensjoner har vært individuelt tilpasset, og med lite/ingen gruppebaserte aktiviteter.
- ROP-teamet la stor vekt på å få allianse med pasientene og utvikle gode terapeutiske relasjoner. Tålmodighet og metodikk for å knytte pasientene til seg ser ut til å ha vært et av teamets suksesskriterier, og en forutsetning for at de kunne tilby pasientene behandling.
- Det ble tilbudt en begrenset behandlingstid på to år, som ble praktisert til dels fleksibelt, og med svært få eksklusjonskriterier. Vold/trussel om vold har i praksis vært det eneste eksklusjonskriteriet. Pasienter som ikke har gjennomført behandlingsperioden ble avvirket enten ved at ROP etter lang tids forsøk, ikke greide å få etablert tilfredsstillende kontakt, eller ved at pasienten selv ga uttrykk for at han/hun allikevel ikke ville ha kontakt med teamet
- Det var sentralt at behandlerne skulle møte og oppsøke pasientene i deres egne omgivelser og i kontakt med deres pårørende.
- Teamet la i prosjektperioden økende vekt på teamansvar og teamfelleskap. Ekstern prosessveiledning og intern fagutvikling var sentrale elementer i dette.
- Det ble lagt stor vekt på muntlig kommunikasjon og informasjonsutveksling i det daglige behandlingsarbeidet, noe som har blitt oppfattet som avgjørende for enkeltmedarbeidernes trygghet i jobben.
- Teamets selvstendige rolle som et prosjekt under et DPS, ga etter teamets egen vurdering et nødvendig budsjett og resultatansvar. Teamet opplevde det som

viktig at de var fristilt til inntektsbringende undervisning og veiledning, fordi dette kom teamets faglige utvikling til gode.

- ROP-Tøysens arbeidsform som aktivt oppsøkende team var etter vår vurdering i overensstemmelse med sentrale elementer både i New Hampshire-modellen (CCT-teams) fra USA, og den mer generelle betegnelsen Assertive Outreach Teams (ACT), som brukes om sammenlignbare team og arbeidsform i England. Tilnærmingen er kjennetegnet av å arbeide med pasientene i deres egne omgivelser, uansett hvor dette er. Pasientene er en nærmere avgrenset gruppe med alvorlig psykisk syke voksne som ikke på noen hensiktsmessig måte greier å være i kontakt med psykisk helseverns ordinære tjenestetyper.

Psykisk helsevern har tradisjonelt tilbudt sine tjenester på et kontor eller i en sykehusbasert setting hvor pasientene kommer til behandleren etter en på forhånd inngått avtale. ROP-prosjektets behandlere reiste ut til pasientene og oppsøkte dem der de befant seg; hjemme, i parken, på kafé eller på gata. Hospits, politistasjoner, sosialsentre og akuttpsykiatriske avdelinger var møtesteder mellom pasienter og teammedarbeiderne. Lokalene til prosjektet har hatt stor tilgjengelighet for pasientene. Pasientene har understreket viktigheten av at de har kunnet komme dit uten avtale og allikevel føle seg velkommen. Her har de kunnet komme for å få utdelt medisiner eller for å vaske klær eller få en skive brød og en kopp kaffe. Pasientenes bruk av lokalene har vært medvirkende til at mange i teamet har sett og blitt kjent med pasientene, noe som igjen gjorde behandlerne mer kvalifisert til å delta i kliniske vurderinger. Denne fleksibiliteten gjorde det mulig å behandle pasienter som ellers ikke ville mottatt hjelp.

Teammedarbeiderne besøkte eller var med pasientene også når de henvendte seg til/opsøkte andre helseinstitusjoner eller tjenestesteder. Slik oppfølging oppmuntrer i henhold til samarbeidsintervjuer til gjensidig (toveis) forpliktelse som stimulerer tillit og relasjon. Å få til et godt eksternt samarbeid har vært et kjerneelement i ROP-teamets arbeidsform. De formelle verktøyene som stimulerer denne typen samarbeid er blant annet individuell plan og ansvargrupper. Vi finner det riktig å understreke at dersom denne typen tverrfaglig samarbeid skal ha muligheter til å «lykkes», fordrer dette klarere ansvars plassering i lovverket f.eks. i forhold til koordinatoransvar i arbeidet med individuell plan. Dersom tjenesteytere fra ulike systemer skal kunne samarbeide om dette på hensiktsmessige måter, trengs det etter vår vurdering et mer avklart grunnlag i lovverk og forskrifter.

Psykisk helsevern og rusomsorg i Norge har med statlig overtakelse av sykehuse, Opptrappingsplanen for psykisk helse og rusreformene forandret seg dramatisk i tiden etter at ROP-prosjektet startet opp i 2001. Samtidig legges det i økende grad vekt på økonomi, risikovurderinger og behandlingsmodellers effektivitet. Da

ROP-prosjektet startet opp, hadde de stor nyhetsverdi og frihet til å utvikle sin egen måte å jobbe på, prøve ut ulike måter å organisere arbeidet på, nye måter å fylle behandlerrollen på og tid og muligheter til å utvikle egne ferdigheter. De har erfart at toleranse og tålmodighet har vært nødvendige egenskaper for å greie å etablere effektive relasjoner med alle de andre komponentene i psykisk helsevern. ROP har selvfølgelig tråkket feil underveis. De har for eksempel i altfor stor grad overlatt viktige avgjørelser til den enkelte teammedarbeider. I Norge har vi et helsevesen for alle, et sosialt sikkerhetsnett samt andre offentlige institusjoner med oppgaver knyttet til rehabilitering og omsorg for personer i ROPs målgruppe. Vi finner det nødvendig å understreke viktigheten av at man opprettholder realistiske forventninger til hvilken effekt slike team som ROP kan ha, og hva de kan ha effekt på. Å tro at ROP-team rundt om i Norge for eksempel vil føre til en dramatisk reduksjon av behovet for døgntilleggsbehandling og dermed behovet for sengeplasser, er etter vår vurdering ganske urealistisk. Å tilby disse pasientene kontinuitet og oppfølging kan på mellomlang sikt like så vel føre til økt behov for denne typen behandlingstjenester.

Døråpner eller alibi?

Dobbeldiagnosepasienter blir i samtiden fokusert mye innen psykisk helsevern og rusomsorg. Vårt inntrykk er at mange etterspør flere ROP-team og at flere skal arbeide som ROP. Det opprettes ambulante team for stadig nye kategorier pasienter både i rusomsorg og psykisk helsevern, ikke minst som følge av statlige retningslinjer for organiseringen av tjenestetilbudene ved DPS-ene. I en slik situasjon står man blant annet i fare for å plassere ansvaret for behandlingen av pasienter på et høyere omsorgsnivå enn det som er nødvendig. I forlengelsen av at ROP-team skal være for de som ikke kan nyttiggjøre seg ordinære behandlingstiltak, kan vi også få en utvikling i retning av at psykisk helsevern og rusomsorg i liten grad selv vektlegger å utvikle eller tilpasse sine behandlingstilbud til pasienter som i deres systemer viser seg vanskelig å få god behandlingsallianse med. Det er en fare for at de heller henviser «de vanskelige» til ROP.

ROP har med sitt arbeid åpnet mange dører. Vi tror teamet bør fortsette å stille krav til det øvrige behandlingssystemet om økt fleksibilitet og åpenhet. ROP-teamet må ikke bli en ny «særomsorg», som i sin konsekvens fører til at deres pasienter ender opp med et dårligere totaltilbud enn andre. Om ROP blir et alibi, som andre kan vise til for å unngå nødvendig utvikling av eget tjenestetilbud, vil dette ikke være noe godt utfall av ROP-teamets arbeid.

Gjennomgangen foran har etter vår vurdering vist at ROP-prosjektet ikke har utviklet en behandlingsmodell med et avgrenset og konsist terapeutisk innhold.

«Behandlingsmodellen» kan heller sies å være en arbeidsform som fylles av en behandlingstenkning der noen bestemte kjennetegn er viktige. Blant disse står frivillighet, stor vektlegging av tillit og behandlingsallianse over lang tid, at behandler beveger seg inn på pasientens livsarena og at teamets fokus er på ressurser og muligheter fremfor sykkelighet og begrensninger. Hva selve behandlingen av den enkelte pasient konkret inneholder, vil variere som en konsekvens av den pasientrettede tilnærmingen, det vil si pasientens behov. Dette fordrer et team med både bred og dyp kompetanse samt en rikholdig faglig verktøykasse. Teamet har selv foreslått at det får utvikle seg til et senter for behandling og prosjektutvikling, undervisning og veiledning. Evaluator vil i den forbindelse foreslå at teamet arbeider med å formulere sin arbeidsform eller «modell» mer presist. Vi vil fremholde følgende forbedringspunkter, på bakgrunn av vår evaluering av prosjektet:

- Tydeligere ledelse vedrørende inntaksprosesser og case-load
- Formalisering av inntaks- og utskrivingskriterier
- Interesse- og kompetansebasert spesialisering i teamet
- Vurdere behovet for å tilby lengre behandlingstid for pasientene
- Formalisere og forplikte samarbeidet med samarbeidspartnerne i større grad
- Kartleggings- og dokumentasjonsarbeidet bør utføres av utvalgte medarbeidere etter en på forhånd oppsatt plan.

Litteraturliste

- Arbeids- og sosialdepartementet: Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008
- Brandt, Preben (1999): Udelukkende velfærd...debat om samfundet og de udstødte. København. Gyldendal
- Bratteteig, M., Hove, I. og Aakerholt, A. (2002): Rusa eller gal? Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.
- Bretteville-Jensen, A.L. og Ødegård, E. (1999): Injeksjonsmisbrukere i Norge. Rapport nr. 4. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.
- Burns, Tom og M. Firn (2003): Samhällsbaserad psykiatrisk vård. Lund: Studentlitteratur
- Burns, Tom (2004): Community Mental Health Teams. A guide to current practices. Oxford University Press.
- Dixon, A. et al (1995): Measuring disease. 2. utg. Buckingham – Philadelphia: Open University Press.
- Dyb, Evelyn (2005): Færre bostedsløse I Oslo – noen forklaringer. Byggforsknotat. Norges Byggforskningsinstitutt.
- Drake, R.E, Noordsy, D.L og Acherson, T. (1995): Integrating mental health and substance abuse treatments for persons with chronic mental disorders: a model. I *Double jeopardy: chronic mental illness and substance abuse* (red. A.F. Lehman og L.B. Dixon), Harwood Academic Publishers, Baltimore.
- Drake, R.E. et al (1998): Integrerad behandling av psykisk sjukdom och misbruk hos pasienter med dubbeldiagnose. En forskningsoversikt. Stiftelsen ETT HELT LIV. Karlskrona.
- Ege, Peter (1997): Stofmisbrug. Baggrund – Konsekvenser - Behandling. København: Hans Reitzels forlag
- Evjen, R., Øiern, T. og Boe Kielland, K. (2003): Dobbelt Opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk. Universitetsforlaget.

- Falkum, E. (1996): Hva med dobbeltklientene? Samarbeid mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Evaluering av Klokkehuset. Fafo-rapport 193
- Frantzen, E. (2001): Metadonmakt. Om møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk. Universitetsforlaget.
- Gråwe, R., Pedersen, P.B. og Widen, J.H. (1997): Changes in prevalence and comorbidity in a total population of patients with psychotic disorders in Norwegian hospitals. *Nord J Psychiatry*. Nr 51:127-132
- Jon Erling Gaarder (2005): Opplevelser av behandling og egen endring. En kvalitativ studie av fem pasienters forløp ved Prosjekt Rus og Psykisk lidelse (ROP-Tøyen). Hovedoppgave psykologisk institutt, UiO. Høst 2005
- Hansen, I. L. og S. Ytrefhus (2005): Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Fafo-rapport 495. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004): Bedre behandlingstilbud til rusmisbrukere
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004): Rundskriv I-8/2004 Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven.
- Hordvin, O. (red) (2005): The drug situation in Norway 2004 . Annual report to the EMCDDA. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.
- Landheim, A. K. Bakken og P. Vaglum (2002): Sammensatte problemer og separate systemer. *Norsk epidemiologi*, 12: 309-318
- Lauvås, K. og Lauvås, P (2004): Tverrfaglig samarbeid – perspektiver og strategier. Oslo. Universitetsforlaget.
- Olsen, Leif Oscar (2004): «Juridiske rammer for tverretattlig samarbeid» i Pål Repstad (red): Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis. Oslo. Universitetsforlaget.
- Ot.prp.nr.29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester (sosialloven)
- Lov av 2.juni 1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste (spesialisthelsetjenesteloven). Oslo: Sosial og helsedepartementet.
- Lov av 2.juni 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Oslo; Sosial og helsedepartementet.
- Lov av 2.juni 1999 nr 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Oslo: Sosial og helsedepartementet.

- McHugo, G.J. et al (1999): Fidelity to Assertive Community Treatment and Client Outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study', *Psychiatric Services*, 50(6): 818-824.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Blanchard, J.J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6): 845-856.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., Fox, T. (1995): Dubbel diagnos. Behandling av svært sjuka misbrukare. Stiftelsen ETT HELT LIV. Karlskrona.
- Mueser, K.T, Bond, G. R., Drake, R. E. og Resnick, S. G. (1998): Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1): 37-74.
- Mueser, K.T., Douglas L. Noordsky, Robert E. Drake og Linda Fox (2003): Integrated Treatment for Dual Disorders. A guide to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Nelson, H.L., (2002): Narrativ oprejsning. Når identiteter er gået i stykker. Nordisk Forlag A/S. Kbh.
- Olsen, Leif Oscar (2004): «Juridiske rammer for tverretattlig samarbeid» i Pål Repstad (red): Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis. Oslo. Universitetsforlaget.
- Omholt, Øyvind Almer, Anne Line Bretteville-Jensen og Oddvar Kaarbøe (2004): Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering. SIRUS-rapport nr 2/2004
- Ot prp nr 11 (1998-99): Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven). Oslo: Sosial og helsedepartementet
- Ot.prp.nr.12 (1998-99): Om lov om pasientrettigheter. oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Ot prp nr 3 (2002-2003): Rusreformen. Sosial og helsedepartementet
- Ot prp nr 54 (2002-2003): Lov om sosiale tjenester. Oslo: Sosial og helsedepartementet
- Ravndal, E. og Vaglum, P. (1995): Psykiske belastninger og frafall blant stoffmisbrukere i behandling. Rusmiddeldirektoratet/Sosial- og helsedepartementet. Temaserie nr 1.

- Repstad, Pål (2004): Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridgely, M.S., Goldman, H.H. & Willenbring, M. (1990): Barriers to the care of persons with dual diagnoses: organizational and financial issues. *Schizophrenic Bulletin*, 16(1): 123-132.
- ROP-Tøyen (2004): Gjestfrihet på prøve? Behandlingserfaringer fra oppsøkende psykisk helsevern ved ROP-Tøyen. Oslo
- Røhme, K. Hatling, T. og Lidal, E. (2006): Individuell plan – ambisiøse mål, men svake virkemidler? *Tidsskrift for Velferdsforskning*. Vol 9, nr 3. Fagbokforlaget.
- Sayce, Liz (2000): From psychiatric patient to citizen. Overcoming discrimination and sosial exclusion. New York: St. Martin's Press Inc.
- SIRUS (2002): Narkotikasituasjonen i Norge 2002. Oslo; Statens institutt for rusmiddelforskning.
- SIRUS (2004): The drug situation In Norway 2004 . Oslo; Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Sosialdepartementet: Rundskriv I-1/93 Lov om sosiale tjenester
- Sosial- og helsedepartementet: Rundskriv I-10/2001 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Sosial og helsedepartementet: Rundskriv I-36/2001
- Statens helsetilsyn (2000): Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Utredningsserie 10:2000. IK-2727
- Statens helsetilsyn (2000): ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser
- Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (2002): Rusa eller gal? Sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser.
- St meld nr 16 (1996-97): Narkotikapolitikken. Sosial og helsedepartementet
- St meld nr 25 (1996-97): Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet
- St prp nr 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet. Sosial- og helsedepartementet
- St.prp. nr. 1 (2004–2005): Statsbudsjettet. Oslo: Finansdepartementet.

- Syse, Aslak (2004): Psykisk helsevernlov med kommentarer. Gyldendal Akademisk Forlag AS
- Ulfrstad, L.M. (1997): Bostedsløse i Norge – kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet. Oslo: Norges Byggforskningsinstitutt.
- Øverås (2004): Nattergalen. Evaluering av et bofellesskap for tidligere bostedsløse kvinner i Oslo. Fafo-rapport 460. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- Øverås, S. (2003): Fra portvakt til døråpner? En midtveiseevaluering av Tøyen-prosjektet (ROP-Tøyen). Fafo-notat 22. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.

Vedleggstabeller

Vedleggstabell 2A Oversikt over evalueringsinstrumenter i perioden 2001–2003.

Type data	Utfyller	Tidspunkt
Gruppeintervju team	Fafo	I løpet av første kvartal
Samtaleintervju team-medarbeiderne	Fafo	Innen 6 mnd. og hvert halvår
Samtaleintervju pasienter	Fafo	V/inntak og deretter hvert halvår
Strukturert intervju nettverk Dikemark ferdighetsprofil	Ansatte i førstelinjen med god kjennskap til pasienten	V/inntak og deretter hvert halvår
Intervju samarbeidspartnere	Fafo	Årlig
Tjenestekartleggingsinstrument	ROPs behandlere	V/inntak og deretter hvert år

Vedleggstabell 2B Oversikt over evalueringsinstrumenter i perioden 2003–2005.

Datatype	Utfyller	Tidspunkt
Pasientintervjuer	Fafo	10–15 pasienter i løpet av første og siste halvår de er i prosjektet
Individuelle intervjuer teammedarbeiderne	Fafo	Årlig
Deltakende observasjon	Fafo	Flere
Tjenestekartleggingskjema	ROPs behandlere	Ved inntak og før utskriving
Intervjuer samarbeidspartnere	Fafo	2 ganger i løpet av prosjektperioden

Vedleggstabell 2C. Bruk av diagnostiske skjemaer og utredninger i ROP. Antall og andel av pasientene som har gitt samtykke til Fafo om bruk av data til forskningsformål, gjennomført SCID/MINI, nevropsykologisk undersøkelse, hele ASI, rusdelen av ASI og HSCL-25 ved inntak. Absolutte tall og prosent. N=116.

	Antall			Prosent			
	Pop. 1	Pop. 2	Totalt	Pop. 1	Pop. 2	Totalt	
Gitt samtykke til Fafo	41	31	72	65	58	62	
Gjennomført SCID/MINI	30*	18	48**	-	34	-	
Gjennomført nevro-psykologisk undersøkelse	4	12	16	6	23	14	
Gjennomført full ASI	Totalt	3	19	22	5	36	19
	Hvorav med samtykke til Fafo	2	16	18	3	30	16
Gjennomført rusdelen av ASI	Totalt	37	27	64	59	51	55
	Hvorav med samtykke til Fafo	34	20	54	54	38	47
Gjennomført HSCL-25 ved inntak i ROP***	Totalt	1	17	18	2	32	16
	Hvorav med samtykke til Fafo	0	14	14	0	26	12
N	63	53	116				

* Estimat fra teamet

** Basert på estimatet for populasjon 1

*** Kun 3 pasienter har gjennomført HSCL-25 ved utskriving fra ROP

Vedleggstabell 7A Antall og andel henvisninger til ROP, etter om pasienten ble innskrevet eller avvist. Absolutte tall og prosent.

Antall henvisninger	Antall			Prosent		
	Avvist	Innskrevet	Totalt	Avvist	Innskrevet	Totalt
5	0	2	2	0	2	1
4	0	0	0	0	0	0
3	3	1	4	2	1	1
2	20	5	25	11	4	8
1	160	108	268	87	93	90
Sum	183	116	299	100	100	100

Vedleggstabell 8A Boligsituasjon ved utskriving fra ROP, etter boligsituasjon ved inntak. Absolutte tall og prosentvis fordeling for totalene.

	Bolig ved inntak								
Bolig ved utskriving	Egen bolig, eid eller leid	Bolig med tilsyn	Kommunal bolig	Bolig med familie	Hospits/hybelhus	Døgninstitusjon	Totalt	Prosentfordeling	
Egen bolig, eid eller leid	8				2		10	15	
Bolig med tilsyn		6	1		3		10	15	
Kommunal bolig	1		8	3	3	1	16	24	
Bolig med familie				3			3	4	
Hospits/hybelhus/på gata			1		7		8	12	
Døgninstitusjon	2	2	6	2	5	1	18	26	
Utenlands		1	2				3	4	
Totalt	11	9	18	8	20	2	68	100	
Prosentfordeling	16	13	26	12	29	3	100		

Vedlegg 1 Prosedyreplan for innhenting av data 2003–2005

Generelle prosedyrer

Innsamling av informasjon:

- Psykolog og prosjektleder Tove Buset ved Tøyen DPS har ansvaret for at de kliniske data blir samlet inn , samt å holde kontakten med Forskningsstiftelsen Fafo
- Følgende personer skal besvare kartleggingsskjemaene: pasienter som er under behandling ved behandlingstiltaket i perioden 15.01. 2003 til 31.12. 2005, og som gir sitt frivillig samtykke i å delta i forskningsprosjektet.
- Behandlerne skal informere alle innskrevne pasienter om undersøkelsen, samt innhente samtykkeerklæring så raskt som mulig etter inntak 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 kartleggingsskjema må ikke være synlig påvirket av rusmidler.
- Pasienter som skal besvare kartleggingsskjema 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 kartleggings skjema 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 kartleggings skjemaene personidentifiserbare.

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	etter innskriving

Evalueringsprosjektet

Metode	Utfyller	Tidspunkt
1) 10-15 pasientintervjuer pasienten er i prosjektet	Fafo	i løpet av første og siste halvår
2) Intervjuer med teammedarbeidere	Fafo	årlig
3) Deltakende observasjon	Fafo	flere
4) Tjenestekartleggings skjema	Fafo	v/oppstart og før utskriving
5) Intervjuer samarbeidspartnere	Fafo	2 ganger i løpet av prosjektperioden

Kartleggings skjemaer

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 behandlerens 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 Fafo etter hvert får en god oversikt over alle de forskjellige arenaer behandlerne oppsøker sine pasienter på, og prosjektets grad av oppsøkende aktivitet.

2 MBDS (MinsteBasisDataSet)

Dette skjema fylles ut av behandler ved innskriving. Skjema gir diverse person-opplysninger 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 inntekstskil-
de. 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 intervju-
es av en av behandlingsprosjektets ansatte. Intervjuet varer normalt mellom 45-60 minutter. I behandlingsprosjektets første 2 år anvendte behandlingspersonalet kun ASI-Rus, mens man fra og med 2003 skal bruke hele intervjuet, og hver pasient skal gjennomgå intervjuet to ganger i løpet av behandlingsperioden.. Spørreskjema be-
står 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 for-
sørgelse, alkohol og narkotikabruk, kriminalitet, misbruk og psykiske problemer i familien, familiehistorie og sosiale relasjoner samt psykisk helse. I tillegg sikrer in-
tervjuet evaluator tilgang til opplysninger om pasientens sivilstatus og boligsitua-
sjon. Ved å anvendes så raskt som mulig etter innskriving, samt en gang før utskri-
ving, vil man her kunne fange opp endringer langs flere sentrale parametre i forhold til livskvalitet og helsetilstand for pasientgruppen. Behandlergruppen vil gjennom-
gå 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 pasient-populasjonen 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 vil få tilgang til. Det er meningen at de av pasientene som er i stand til å gjennomføre dette intervjuet, og i den grad prosjektet har kapasitet til det, skal gjennomgå et SCID-intervju minst en gang i løpet av behandlingsperioden.

7 Tjenestekartleggingsskjema

Dette er et selvutviklet skjema som gir ulik type informasjon av verdi for evalueringen av prosjektet. Spørreskjemaet innholder spørsmål om kontakt med hjelpeapparatet, om pasienten har vært i fengsel før og under tiden i prosjektet, om behandlernes vurderinger av pasientens behov for kontakt med andre deler av hjelpeapparatet med mer. Behovet for mange av disse spørsmålene er overlappende med spørsmål i ASI, og vil derfor være unødvendig for de av pasienten som gjennom-

fører et ASI-intervju ved inntak og før utskriving. Spørreskjemaet skal fylles ut av behandlingsteamet to ganger i løpet av pasientens tid i prosjektet.

8 Pasientintervjuer

Kvalitative intervjuer med pasienten er viktig tilfang til deres erfaringer med det å være tilnyttet prosjektet. Det er tenkt at minst 10 fra hver av pasientpopulasjonene skal intervjues, noen av dem to ganger i løpet av behandlingstiden og noen av dem 1-2 år etter utskriving (Follow-up).

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring for ROPs pasienter

SAMTYKKEERKLÆRING VEDRØRENDE OPPLYSNINGER TIL FORSKNINGSFORMÅL

Jeg samtykker til at opplysninger som gis til medarbeidere ved Prosjekt Rus og Psykisk Lidelse (ROP-Tøyen) og til forsker tilknyttet prosjektet (Forskningsstiftelsen Fafo), kan bli brukt til forskningsformål, da i anonymisert form. Jeg samtykker også til at samarbeidspartnere til prosjektet 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

Fra døråpner til alibi?

Prosjekt Rus og Psykisk lidelse ved Tøyen DPS (ROP-Tøyen) startet i januar 2001 en femårig utprøving av en ambulant behandlingsmodell for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. Fafo har evaluert prosjektet, og har fulgt det fra oppstarten og frem til overgangen til ordinært tiltak i januar 2006. Evalueringens hovedproblemstilling er hvorvidt ROP-prosjektet har greid å utvikle en behandlingsmodell som har vist seg egnet for pasienter og omgivelser.

Fafo publiserte i 2003 en midtveisrapport fra prosjektet (Øverås 2003). Vedlagte rapport er evalueringens sluttrapport. Hovedfunn er at behandlingsteamet greier å rekruttere pasienter i målgruppen, pasientene blir værende i prosjektet gjennom behandlingseperioden på 2 år, og de fleste av pasientene rapporterer stor tilfredshet med egen deltakelse i prosjektet. Vi finner også en viss forbedring i de fleste pasientenes livssituasjon, og at mange av pasientene i løpet av behandlingstiden i ROP har økt sin evne til å nyttiggjøre seg behandling i det ordinære tjeneste og behandlings-apparatet. Hovedutfordringen for ROP som behandlingstiltak ser ut til å ligge i samhandlingen med det ordinære tjenesteapparatet, samt å imøtekomme pasienter og omgivelers ønske om en forlenget behandlingstid.



Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 521
ISBN 82-7422-529-5
ISSN 0801-6143