

Evaluering av ROP Vestfold

– et samhandlingsteam for personer med alvorlig rusmisbruk og psykiske lidelser



Av Anne Landheim og Sigrun Odden

Rapportens tittel: Evaluering av ROP Vestfold –
et samhandlingsteam for personer med alvorlig rusmisbruk og
psykiske lidelser (e-bok)

Utgitt: 10/2016

Publikasjonsnummer: ISBN 978-82-999521-3-2

Utgitt av: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk
lidelse
Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helse
Postboks 104
2381 Brumunddal

Rapporten kan bestilles: post@rop.no

Forord

Nasjonal kompetansetjeneste ROP ved Sykehuset Innlandet har fått i oppdrag av Sykehuset Vestfold, Klinikk Psykisk Helse og Rusbehandling å evaluere samhandlingsteamet ROP Vestfold. Evalueringen er finansiert av Sykehuset Vestfold.

ROP Vestfold startet opp i april 2013 som et prøveprosjekt med en tidsramme på tre år. Deretter skulle det vurderes om og eventuelt på hvilken måte teamet skulle videreføres. Det har vært en omfattende evaluering av måten teamet arbeider på, og hvordan det har gått med pasientene i en observasjonsperiode på to år. Et formål med evalueringen har vært å vurdere nytteverdien av ROP Vestfold slik at resultatene kan benyttes som grunnlag for å vurdere videre drift av teamet.

Utprøvingen av ulike samhandlingsmodeller er en viktig nasjonal satsning og ROP Vestfold er et viktig bidrag i denne sammenhengen. Helsemyndighetene ønsker å stimulere til utprøvingen av ACT-team og Fleksible ACT-team og andre typer samhandlingsmodeller for personer med enten psykiske lidelser, og/eller rusmiddelmissbruk, og som de ordinære tjenestene ikke når fram til. ROP Vestfold bygger på ACT-modellen, men har en utvidet målgruppe og skal samhandle med de ordinære tjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Teamet skiller seg på denne måten fra både ACT og FACT. Kunnskap om andre samhandlingsmodeller enn ACT og FACT er viktig og kan bidra til ytterligere tjenesteutvikling for personer med store og sammensatte problemer. Evalueringen av ROP Vestfold er derfor i all hovedsak gjennomført på samme måten som evalueringen av de 12 første norske ACT-teamene, og som en pågående evaluering av FACT-team i Norge. Et viktig formål er derfor å undersøke nytteverdien av ROP Vestfold sett opp mot ACT-modellen, og senere FACT-modellen.

Evalueringen av ROP Vestfold har hatt et aksjonsforskningspreg ved at resultater underveis i evalueringen har blitt tilbakeført til teamets ansatte og ledere. Resultatene har blitt diskutert og validert, og de har vært et grunnlag for teamets videre drift. Teamets ansatte har bidratt med en stor innsats når det gjelder innsamling av opplysninger om pasientene og innhenting av samtykke. Vi i forskergruppa takker ROP-teamet for alle opplysninger de har bidratt med, og vi takker alle pasientene som har gitt samtykke til at opplysninger kan brukes i den forskningsbaserte evalueringen. Det er vårt håp at denne rapporten kan være til nytte i de vurderinger som gjøres om videreføring og videreutvikling av ROP Vestfold.

Vi har vært et forskerteam på to personer. Sigrun Odden og Anne Landheim har planlagt, designet og gjennomført evalueringen samt skrevet sluttrapporten. Begge har bidratt like mye, og rekkefølgen på forfatterskapet er derfor alfabetisk. I tillegg har psykologistudent Elisabeth Kvam

ved Universitetet i Oslo gjennomført en kvalitativ undersøkelse av et utvalg av pasienter i teamet om hva som har vært viktig i deres bedringsprosess, og hva teamet har bidratt med i denne prosessen. Hun har skrevet kapittel 8 i evalueringsrapporten.

Nasjonal kompetansetjeneste ROP

Hamar 18. oktober 2016

Anne Landheim

Sigrun Odden

Innholdsfortegnelse

Forord	3
1. Innledning.....	7
1.1 Om oppdraget	7
1.2 Bakgrunn	7
2. Om ROP Vestfold	9
2.1 Bakgrunn for opprettelse av ROP-teamet	9
2.2 Målsetting og målgruppe for teamet	9
2.3 Organisering av ROP-teamet	11
2.4 Tjenester og daglig drift i teamet	14
2.5 Sammenligning av ROP Vestfold og ACT-modellen	16
2.6 Oppsummering	18
3. Om evalueringen	19
3.1 Formål og problemstillinger i evalueringen	19
3.2 Metode og datainnsamling	20
3.2.1 Pasientutredningen ved inntak og etter 24 måneder.....	20
3.2.2 Innleggelse i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	23
3.2.3 Ukeskjema og kartlegging av tjenester fra ROP Vestfold	24
3.2.4 Undersøkelse om pasienterfaringer og recovery	25
4. Rekruttering av pasienter og målgruppe	27
4.1 Rekruttering til ROP Vestfold de tre første driftsårene.....	27
4.2 Har ROP Vestfold rekruttert pasienter i målgruppa?	28
4.3 Oppsummering	31
5. Tjenester fra ROP-teamet.....	33
5.1 Omfang av pasientrelaterte kontakter	33
5.2 Sted for pasientrelaterte kontakter.....	34
5.3 Innhold i pasientrelaterte kontakter.....	34
5.4 Teamets samhandling med andre	37
5.5 Teamets kontakter med samarbeidsaktører uten pasienter.....	40
5.6 Tjenester pasientene mottar.....	41
5.7 Oppsummering	43
5.8 Sammenligning med ACT-teamene	44
6. Hvordan har det gått med pasientene 24 måneder etter inntak?	45
6.1 Hovedbeskjeftigelse, hovedinntekt og bosituasjon ved inntak og 24 måneder etter inntak..	45
6.2 Symptombelastning og funksjonsnivå målt med GAF ved inntak og etter 24 måneder	47
6.3 Praktisk og sosial fungering målt med PSF ved inntak og etter 24 måneder.....	48
6.4 Psykiatriske symptomer målt med BPRS.....	49

6.5	Rusproblemer ved inntak og etter 24 måneder i teamet.....	50
6.6	Andel med tvangsvedtak ved inntak og etter 24 måneder.....	51
6.7	Livskvalitet ved inntak og etter 24 måneder (MANSA)	52
6.8	Oppsummering	54
7.	Innleggelser i psykisk helsevern og TSB etter inntak i ROP-teamet	55
7.1	Pasienter innlagt i psykisk helsevern og TSB før og etter inntak i ROP-teamet	55
7.2	Antall innleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i ROP-teamet	56
7.3	Oppholdsdøgn i psykisk helsevern før og etter inntak i ROP-teamet	56
7.4	Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i ROP-teamet	58
7.5	Innleggelser og oppholdsdøgn i TSB før og etter inntak i ROP-teamet	60
7.6	Oppsummering	63
8.	Kva fortel brukarane om kva som hjelper dei til å få det betre? Ved Elisabeth Kvam.....	65
8.1	Introduksjon	65
8.2.	Rekruttering av informantane.....	65
8.3	Gjennomføring av intervjua	66
8.4	Resultat.....	67
8.4.1	Kjernekategori: Anker i normalitet	68
8.4.2	Hovudkategori I: Forhold ved tenesteapparatet som fasiliterer betring.....	68
8.4.2.1	Ein trygg heim er åstad for betring.....	68
8.4.2.2	Set fleksible hjelparar i kontrast til kontoret	70
8.4.2.3	“Hvis min stemme ikkje er nok” - bruker hjelparar som døropnar og talerøyr	73
8.4.2.4	Treng tolmodige hjelparar som ber vikarierende håp	74
8.5	Oppsummering	77
9.	Oppsummering og konklusjon	79
9.1	Målsetting og organisering	79
9.2	Inkluderer ROP-teamet målgruppa?.....	81
9.3	Hvilke tjenester gir ROP-teamet alene og i samarbeid med andre?.....	82
9.4	Hvordan går det med pasientene i ROP-teamet etter to år?	83
9.5	Er det reduksjon i innleggelser i psykisk helsevern og TSB etter inntak i ROP-teamet?	84
9.6	Hva forteller brukerne om hva som hjalp dem til å få det bedre?.....	86
9.7	Hovedkonklusjon og veien videre.....	86
	Referanser.....	89

1. Innledning

1.1 Om oppdraget

Nasjonal kompetansetjeneste ROP ved Sykehuset Innlandet har fått i oppdrag av Sykehuset Vestfold, Klinikk Psykisk Helse og Rusbehandling å evaluere samhandlingsteamet ROP Vestfold. Evalueringsteamet har fulgt teamet i tre år og pasientene i to år. Evalueringen er finansiert av Sykehuset Vestfold. Nasjonal kompetansetjeneste ROP har også evaluert de 12 første norske ACT-teamene (Landheim et al 2014).

ROP Vestfold startet opp i april 2013 etter en omfattende vurdering av ulike modeller for å styrke tilbudet til personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse kombinert med rusmisbruk. Formålet med ROP Vestfold var å sørge for en bedre samhandling om personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Teamet skulle bistå kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten med ressurser rettet inn mot personer som hadde et utilstrekkelig tilbud. ROP Vestfold skulle også gi behandling eller bidra til at pasienten ble motivert til å ta imot hjelp og behandling. Teamet skulle blant annet jobbe med integrert behandling, kartlegging og utredning, systemguiding, og være et bindeledd og bygge nettverk rundt pasienten og formidle kunnskap, blant annet om ROP-retningslinjen.

ROP Vestfold ble etablert som et prosjekt, og skulle ta utgangspunkt i hva som allerede var gjort for å få til gode pasientforløp i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i Vestfold, og det ble ansett som viktig å bygge videre på erfaringer fra SPOR prosjektet (Bjørn 2014). Erfaringer viste at inngåelse av samarbeidsavtaler, etablering av team eller koordinator fra kommune og spesialisthelsetjeneste var viktig for å sikre effektivt samarbeid i behandling og oppfølging av pasienter med sammensatte problemer. Rehab-poliklinikkene, døgnpostene og kommunene ble ansett som viktige aktører for å bygge opp nødvendig samhandling rundt pasientgruppa. En ønsket også å bygge på elementer fra ACT-modellen (Assertive Community Treatment), noe som også ville gjøre det aktuelt å sammenligne resultater fra prosjektet med evalueringen av ACT-teamene.

1.2 Bakgrunn

I følge brukerplan for 2015 var det omtrent 25 000 personer med rusmiddelmisbruk og/eller psykiske helseplager i norske kommuner som hadde et svært lavt funksjonsnivå, og som har behov for tjenester fra mange instanser (Håland Emmerhoff, Lie, Nesvåg, Stevenson 2016). De norske helse- og omsorgstjenestene er kjennetegnet av et stort mangfold, og det er en utfordring hvordan tjenestene kan gis mer helhetlig og koordinerte (Helsedirektoratet 2012, 2014). Det etterlyses mer kunnskap om hvordan samhandling innad i kommunen, og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten kan foregå på en måte som er nyttig for brukerne og samfunnet.

Helsemyndighetene har de senere årene bevilget store summer for å stimulere til utprøving av samhandlingsmodeller (Helsedirektoratet 2015). I den forbindelse har en ønsket å prøve ut samhandlingsmodeller som har vist seg å ha god effekt og nytteverdi i andre deler av Europa og USA, og da særlig Assertive Community Treatment (ACT) og FACT. Begge modellene legger opp til at ulike typer tjenester skal gis oppsøkende av *ett tverrfaglig sammensatt team*, som består av både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

Resultater fra evalueringen av 12 norske ACT-team viste at utprøving av modellen var et vellykket forsøk, og at den bør videreføres også til andre regioner i Norge. Brukerne av teamene oppnådde bedring på vesentlige områder i livet, og antallet døgnopphold ble halvert i observasjonsperioden etter inntak i teamene. Det var imidlertid flere spørsmål som ble reist i forbindelse med utprøvingen av ACT-teamene. For det første opplevde særlig kommunene at ACT-teamene inkluderte en for snever målgruppe, og at det var andre brukere i kommunen som også hadde behov for samhandlingsteam. For det andre kom det fram at ACT-teamene som i utgangspunktet skulle gi helhetlige og integrerte tjenester i varierende grad gjorde det. Kommunen var fortsatt inne med tjenester, og det kunne være uavklart hvem som skulle gi hvilke tjenester. For det tredje krever ACT-modellen et stort opptaksområde, helst med minimum 50 000 innbyggere. De fleste norske kommuner er langt unna dette kravet, og det ble et spørsmål om hvor stor utbredelse ACT-modellen kunne få i Norge (Landheim et al. 2014).

I løpet av de siste årene har det blitt opprettet ulike typer samhandlingsmodeller flere steder i Norge. Det etterlyses mer kunnskap om hvordan samhandling innad i kommunen, og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten kan foregå på en måte som er nyttig for brukerne og samfunnet. Vi har lite kunnskap om nytteverdien av andre typer oppsøkende samhandlingsmodeller enn ACT, og i den forbindelse er det interessant å evaluere ROP Vestfold som er en annen type samhandlingsmodell. Det er interessant å undersøke om nytteverdien av denne måten å organisere og drive samhandling på gir tilsvarende resultater som ACT-teamene. Vi har derfor benyttet deler av samme evalueringsopplegget for evaluering av ROP Vestfold som vi benyttet for evalueringen av de 12 første ACT-teamene. I denne rapporten vil vi vise resultater fra evalueringen av ROP Vestfold, og vi vil sammenligne dem med resultater fra evalueringen av ACT-teamene.

2. Om ROP Vestfold

I dette kapitlet beskriver vi målgruppe og målsetting for ROP Vestfold og hvordan teamet er organisert når det gjelder opptaksområde, organisatorisk forankring og teamsammensetning. Beskrivelsen er basert på skriftlig materiale fra teamet som prosjektbeskrivelse (Sykehuset Vestfold 2012), statusrapporter for teamet, teamets presentasjoner av eget arbeid og samtaler med teamansatte og prosjektleder.

2.1 Bakgrunn for opprettelse av ROP-teamet

Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har ofte sammensatte behov og trenger tjenester fra mange instanser. Samhandling mellom ulike tjenester er derfor helt nødvendig. Etter en omfattende vurdering av ulike modeller for å styrke tilbudet til pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse kombinert med rusmisbruk, besluttet Sykehuset i Vestfold å etablere et treårig prosjektteam med en prosjektleder og en fysisk base. Resultatet ble et eget spesialteam for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse som startet opp 1. april 2013 med navnet ROP Vestfold.

Et sentralt mål for teamet som ble opprettet, var at det skulle jobbe i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelse (IS-1948, Helsedirektoratet 2012). Prosjektet ønsket videre å ta utgangspunkt i hva som allerede ble gjort for å få til gode pasientforløp i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i Vestfold, og det ble i den forbindelse ansett som viktig å bygge videre på erfaringer fra SPOR prosjektet (Bjørn 2014). Erfaringer viste at inngåelse av samarbeidsavtaler, etablering av team eller koordinator fra kommune og spesialisthelsetjeneste var viktig for å sikre effektivt samarbeid i behandling og oppfølging av pasienter med sammensatte problemer. Rehab-, poliklinikkene, døgnpostene og kommunene ville bli vurdert som viktige aktører for å bygge opp nødvendig samhandling rundt pasientgruppa. Det ble ansett som nyttig og hensiktsmessig å bygge på relevante erfaringer og en ønsket også å innarbeide erfaringer fra ACT-team (Assertive Community Treatment) og andre samhandlingsteam (Sykehuset Vestfold 2012).

2.2 Målsetting og målgruppe for teamet

Prosjektbeskrivelsen beskriver **målsettingen** for ROP Vestfold på følgende måte:

Styrke tilbudet til pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse og sørge for at tilbudet er best mulig i samsvar med nasjonale retningslinjer.

Prosjektplanene framhever følgende fire punkter som kan vurderes som delmål for prosjektet.

Teamet skal bidra til at pasientene får:

- *utredning for mulig alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk*
- *motivering for videre behandling med individuelt tilpasset målsetting*
- *relasjonsbygging/tilrettelegge for etablering av behandlingsteam rundt pasienten*

- *oppstart av behandling som videreføres i en forpliktende samhandling mellom pasient, andre enheter i klinikk psykisk helse og rusbehandling og kommunale instanser*

Formålet med ROP Vestfold er å sørge for en bedre samhandling om personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Teamet skal bistå kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten med ressurser rettet inn mot pasienter som har et utilstrekkelig tilbud. Enhetene skal tilføres relevant kunnskap fra forskning og god praksis for å forbedre eksisterende praksis. Det presenteres som et mål å tydeliggjøre oppgaver og roller for å synliggjøre at tjenesteytere utfyller hverandre og er avhengig av hverandre. Det er også mål å få inn brukerperspektivet i større grad, blant annet ved å bruke erfaringskonsulenter.

ROP Vestfold skal også gi behandling eller bidra til at pasienten blir motivert til å ta imot hjelp og behandling. De skal blant annet jobbe med integrert behandling, kartlegging og utredning, systemguiding, være et bindeledd og bygge nettverk rundt pasienten og formidle kunnskap, blant annet om ROP-retningslinjen. For å styrke tilbudet har teamet en todelt målsetting, det skal gi pasientene behandling i tillegg til å koordinere tjenestetilbudet fra kommune og spesialisthelsetjeneste. Teamet jobber både med pasienter og med tjenesteytere for å bidra til bedre samhandling og styrke tilbudet til pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse.

Målgruppa beskrives på følgende måte i prosjektbeskrivelsen:

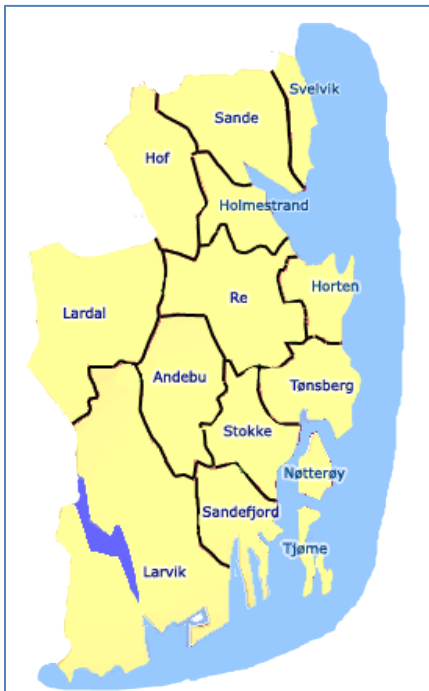
I hovedsak pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse av typen:

- *alvorlige/vedvarende lidelser innen psykosopespekteret*
- *bipolar lidelse I eller andre alvorlige affektive lidelser*
- *alvorlig personlighetsforstyrrelse med tendens til psykotisk dekompenisering*
- *vanskelig kontrollerbar spiseforstyrrelse med fare for somatisk helseskade*

Det presiseres at målgruppa som omfattes av prosjektet er pasienter *hvor det er behov for styrking utover det tilbud som enhetene i klinikk psykisk helse og rusbehandling eller kommunene kan gi.* Rusmiddelavhengigheten skal være alvorlig og ha en vesentlig påvirkning av den psykiske lidelsen. Misbruket skal være behandlingstrengende også om det hadde eksistert uten den psykiske lidelsen.

Opptaksområdet for ROP Vestfold er 12 av 14 kommuner i Vestfold fylke (Svelvik og Sande er ikke med). Innbyggertallet i opptaksområdet er på vel 200 000, og maksimal reisetid for teamet til opptaksområdets ytterkanter er vel 40 minutter en vei.

Figur 2.1 Vestfold fylke



(Figuren hentet fra: <http://www.servicetorget.no/fylker/vestfold.html>)

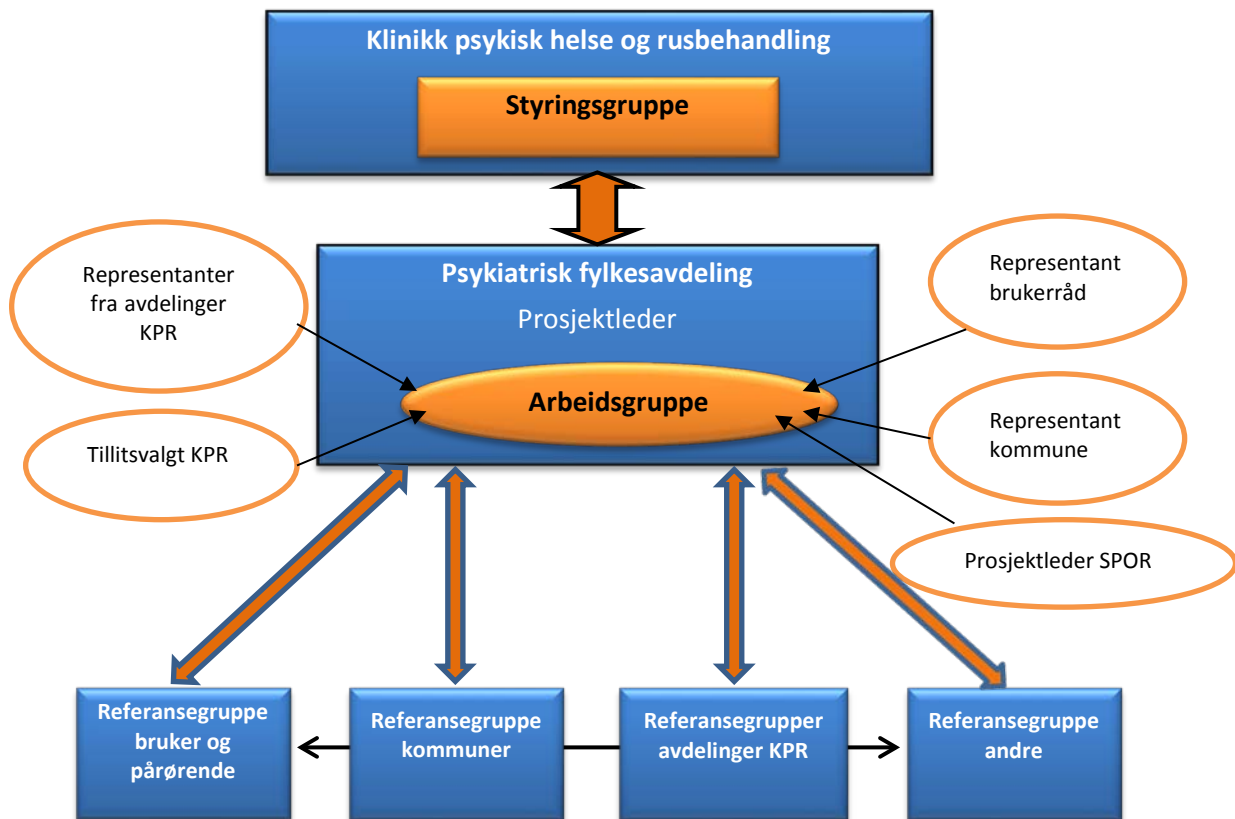
2.3 Organisering av ROP-teamet

Prosjektbeskrivelsen for ROP Vestfold vektlegger styringen av prosjektet og presenterer sentrale organisatoriske virkemidler for å oppnå god planlegging og gjennomføring med sterk forankring i egen organisasjon og en læringskultur som støtter systematisk forbedringsarbeid. Følgende organisatoriske virkemidler presenteres:

- prosjektorganisering i klinikk psykisk helse og rusbehandling v/PFA (Psykiatrisk fylkesavdeling)
- styringsgruppe v/ledergruppe KPR (Klinikk psykisk helse og rusbehandling)
- arbeidsgruppe v/representanter avdelinger KPR
- ressursgrupper v/avdelinger/bruker/kommune
- nettverkssamlinger
- rapportering
- evaluering
- dokumentasjon

Organisasjonsmodellen for styring av ROP Vestfold presenteres i følgende figur:

Figur 2.2 Organisasjonsmodell for styring av ROP Vestfold



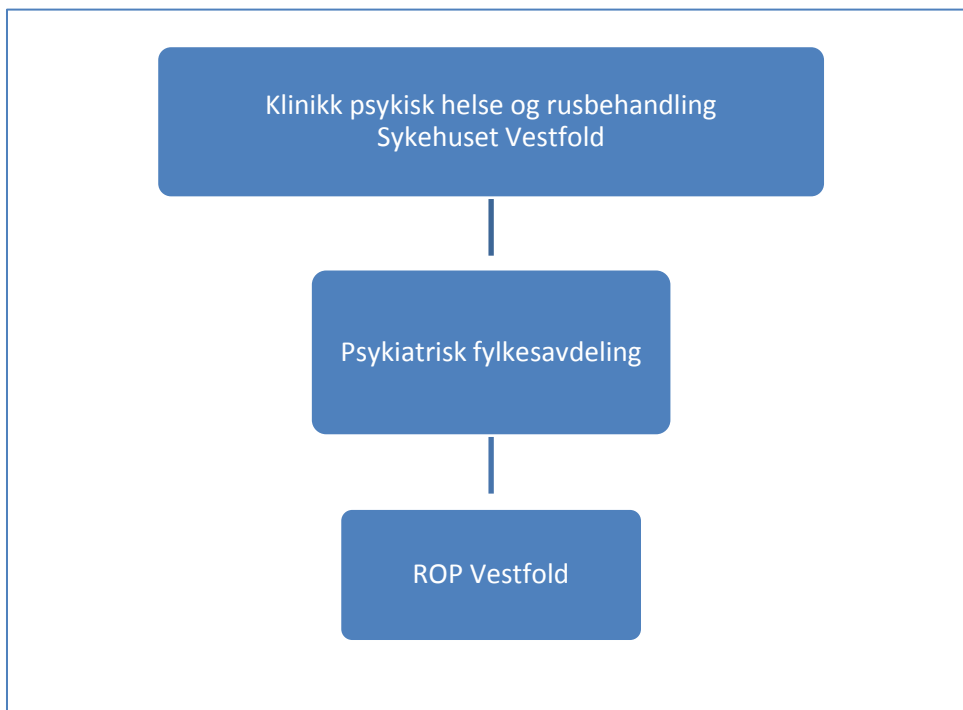
(Figuren er hentet fra Prosjektbeskrivelsen for ROP Vestfold)

I følge organisasjonsmodellen er styringsgruppa for prosjektet er satt sammen av avdelingsledere i klinikk for psykisk helse og rus som er oppdragsgiver for prosjektet. En bredere sammensatt arbeidsgruppe skal fungere som støttespiller i gjennomføringen av prosjektet. Den består av representanter fra sentrale samarbeidspartnere for teamet.

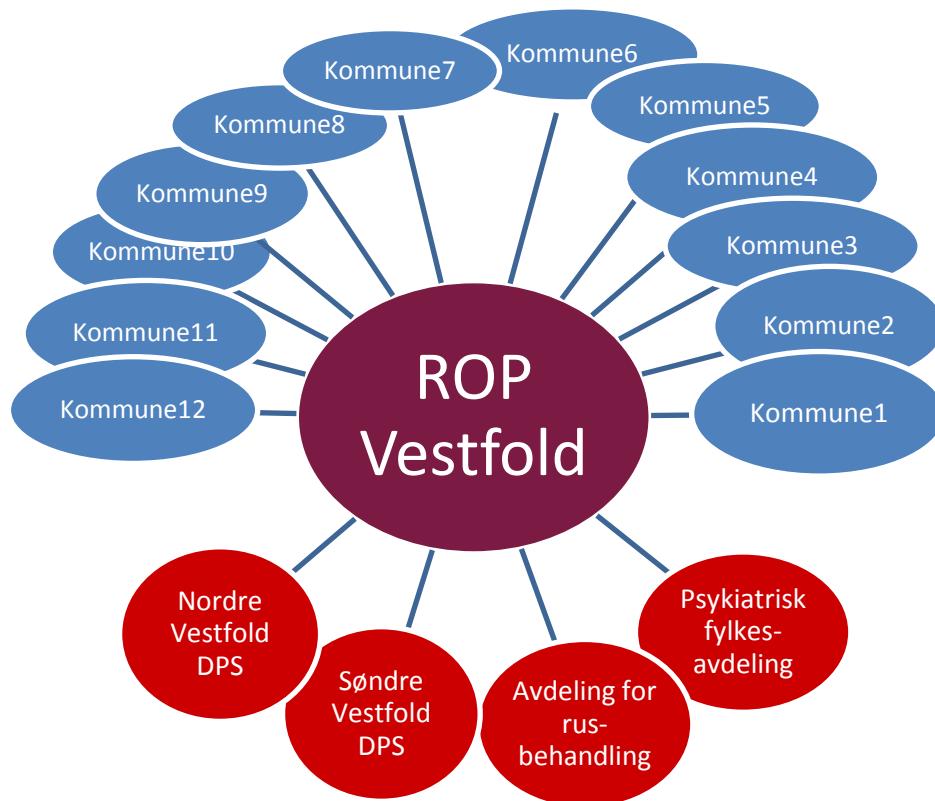
ROP Vestfold har en egen prosjektleder i Psykiatrisk fylkesavdeling som var ansvarlig for oppstarten av teamet, og som skal styre prosessen og arbeidet etter overordnede mål for prosjektet og legge til rette for kommunikasjon og erfaringsutveksling, både internt og eksternt. Enhetsleder for posten «Forsterket psykose døgn» er administrativ leder og har personal- og økonomiansvar for ROP Vestfold. ROP-teamet har egen teamkoordinator som i tillegg til å ha samme funksjon og ansvar som de andre teammedlemmene, koordinerer den daglige aktiviteten i teamet ved å ha ansvar for gjennomføring av teammøter og behandlingsmøter. Koordinatoren er enhetsleders stedfortreder og nærmeste samarbeidspartner i teamet.

ROP Vestfold er et spesialisthelsetjenestetteam organisert i Klinikk for psykisk helse i Sykehuset Vestfold, plassert i psykiatrisk fylkesavdeling under posten for forsterket psykose døgn. Sentrale samarbeidspartnere for ROP-teamet er 12 kommuner i Vestfold og fire enheter i spesialisthelsetjenesten i Vestfold; Psykiatrisk fylkesavdeling, Avdeling for rusbehandling, Nordre Vestfold DPS og Søndre Vestfold DPS. ROP Vestfold er lokalisert på Psykiatrisk fylkesavdeling på Granli ved Sem, ti kilometer fra Tønsberg sentrum. En forenklet modell for organisatorisk plassering av teamet er vist i figur 2.3, mens figur 2.4 viser teamet og de sentrale organisasjonene teamet samarbeider med.

Figur 2.3 Forenklet organisasjonsmodell Rop Vestfold



Figur 2.4 ROP Vestfold og sentrale samarbeidsorganisasjoner



ROP Vestfold er et tverrfaglig sammensatt team med sju stillinger; fire psykiatriske sykepleiere/sykepleiere, en vernepleier, en sosionom og en psykologspesialist. I tillegg til relevant grunnutdanning, har teamansatte videreutdanning, blant annet i rus, kognitiv terapi og familiarbeid. Kompetanse til å drive integrert behandling av rusmisbruk og psykisk lidelse ble vektlagt ved ansettelser, ved siden av interesse for å arbeide oppsøkende og tett på andre. Teamets psykologspesialist er faglig ansvarlig for behandlingen av teamets pasienter, og gir undervisning og veiledning til de andre teammedlemmene. I prosjektbeskrivelsen for ROP Vestfold var det beskrevet at teamet skulle ha leger, noe teamet ikke har hatt. Det har heller ikke hatt erfaringskonsulent eller merkantilt ansatt. Erfaringen, i følge teammedlemmene, er at det har vært positivt å jobbe med fastleger, og at det har vært viktig for pasientene, siden det er fastleger pasientene skal forholde seg til seinere. Teammedlemmene er alle ansatt i Sykehuset i Vestfold, med unntak av en som er kommunalt ansatt, og hvor stillingen utgjør kommunenes økonomiske bidrag i prosjektet.

2.4 Tjenester og daglig drift i teamet

Teamet har daglige teammøter for å koordinere teamets aktivitet den dagen og gå gjennom hva som skjedde foregående dag. Teamets tavle står sentralt på teammøtet og er viktig for organisering av det daglige arbeidet. Tavla gir oversikt over alle pasientene, og er viktig for den interne

kommunikasjonen i teamet. Teamet har fra start vært opptatt av å utvikle en teambasert tilnærming. Den enkelte teamansatte har et tydelig hovedansvar for enkeltpasienter, men det understrekes at den enkelte ikke skal sitte alene med ansvaret. Flere må kjenne den aktuelle pasienten for at de skal kunne "vikariere" for hverandre, og det skal være mulig å tre litt tilbake dersom en opplever at kontakten «går i stå».

Teamet har fortløpende inntak, som gjøres ved en felles avgjørelse i teamet. HFH, henvendelse før henvisning, er et viktig prinsipp i teamets arbeid. Mottatte henvendelsene blir drøftet på morgenmøtet for å avgjøre om pasienten er innenfor målgruppa, og hva teamet kan bidra med. Deretter holdes et HFH møte med aktuelle samarbeidspartnere og en eller to fra teamet, hvor hensikten er å skape en felles forståelse og få til et samordnet pasientarbeid. Når teamet starter pasientbehandlingen, skjer det i samarbeid med en ansatt fra en samarbeidspartner som har tillit hos pasienten fra tidligere. Kontaktetableringsfasen kan være lang, i gjennomsnitt tar det tre måneder fra første kontaktpunkt til pasienten ønsker å bli henvist til teamet. I denne fasen etableres et behandlingsteam rundt pasienten bestående av en til to ansatte fra kommunen og en til to ansatte fra ROP-teamet. Målet er å øke antall hjelpere på sikt. ROP Vestfold behandler ikke pasientene alene, men sammen med ansatte fra det ordinære hjelpeapparatet, som også bidrar aktivt i behandlingen av pasienten. Det er ingen prinsipielle skiller mellom hvilke oppgaver ROP Vestfold gjør, og hvilke oppgaver kommunene gjør, og det er underordnet hvorvidt problemstillingene primært er «sosialfaglige» eller «terapeutiske». En søker å etablere en flat struktur og motvirke statusforskjeller som ellers ofte er til stede i behandlerkulturen. Mange flere enn dem som skrives inn i teamet omfattes av tjenester fra ROP-teamet ved at teamet følger opp pasienter en periode med veiledning og støtte til andre tjenester for å avklare og finne egnet oppfølging.

Behandlingsteamets oppgave er å skape konsensus i forhold til tilnæringsmetoder og behandling. Målet er at tjenestene skal være helhetlige, noe som krever at teamet bruker ressurser til å samordne tjenester fra teamet med tjenestene pasientene mottar fra andre deler av hjelpeapparatet. Å sy sammen tjenestene og hindre uheldige effekter ved fragmentering av tjenestene vektlegges som et viktig mål. ROP Vestfold opererer som et samhandlingsteam med ansatte som er koordinatorene i tillegg til å gi egen behandling. Teamet vektlegger at et behandlingsteam som er forankret både i første- og andrelinjen, gir lettere tilgang til tjenester på begge forvaltningsnivåene. Tanken er at den doble forankringen også vil skape kontinuitet for pasientene også på lang sikt.

ROP Vestfold skal sørge for at pasienter med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse blir utredet, behandlet og fulgt opp. Kjerneaktiviteten er å sørge for at pasientene får integrert behandling, men teamet driver også «systemguiding» og bygger nettverk rundt pasienten, er bindeledd og veileder og formidler kunnskap. Teamet skal jobbe for at pasienten blir motivert for å ta i mot hjelp og behandling. For å oppnå det, vektlegges å ta utgangspunkt i hva pasienten

ønsker av endringer, og samtidig bidra med praktiske gjøremål som husarbeid og flytting, ut fra en relasjonsbyggende hensikt. Behandlingen har hele tiden frivillighet som utgangspunkt. Det er lite sekundærgoder å hente for pasienten, teamet har ikke medisinsansvar, disponerer ikke sengeplasser, og har ikke ansvar for pasientens bosituasjon eller økonomi. ROP Vestfold har heller ikke rammer som tilsier negative reaksjoner på pasientens atferd, pasienter ikke blir skrevet ut på grunn av rusmisbruk eller manglende oppmøte.

ROP Vestfold skal styrke tilbudet til pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse og hovedmålet for arbeidet med pasientene er at de skal etableres med tjenester i det eksisterende hjelpeapparatet. Denne målsetningen er todelt; å gjøre pasienten bedre i stand til å ta imot hjelp og å gjøre hjelpeapparatet bedre i stand til å ta imot pasienten. Det betyr at det er like viktig å bistå hjelpeapparatet i å finne gode løsninger som det er å hjelpe pasienten. Tjenestene fra ROP Vestfold kommer ikke i stedet for tjenestene fra det ordinære hjelpeapparatet, men i tillegg til det eksisterende hjelpeapparatet, som en forsterkningsressurs.

Tjenestene ytes oppsøkende, pasienten skal få hjelp der hvor pasienten er. Teamet møter også samarbeidspartnere på deres egne arenaer. Kommunikasjon og samhandling med samarbeidspartnere er en viktig del av teamets aktivitet. Samarbeidet mellom teamet og samarbeidspartnere er fleksibelt og varierer mellom kommuner og fra pasient til pasient.

Det forventes lang behandlingstid for pasientene, sannsynligvis opp til fem, seks år. Etter tre års drift er det kun noen få pasienter teamet har avsluttet kontakt med på grunn av oppnådd bedring som gjør de i stand til å bruke ordinære tjenester.

2.5 Sammenligning av ROP Vestfold og ACT-modellen

Siden det har vært et mål å sammenligne evalueringresultatene fra ROP Vestfold med resultatene fra ACT-teamene, er det sentralt å vurdere likheter og ulikheter i måten det jobbes på i de to samhandlingsmodellene.

Målgruppa for ROP Vestfold og målgruppa for ACT har store likheter, men også vesentlige forskjeller. Begge modellene har alvorlig psykisk lidelse som inntakskriterie, mens ROP-teamet i tillegg har problematisk bruk av rusmidler som inntakskriterie. Ruslidelsen skal være alvorlig og ha en vesentlig påvirkning av den psykiske lidelsen, og den skal være behandlingstrengende også om den hadde eksistert uten den psykiske lidelsen. I evalueringen av de norske ACT-teamene hadde 60 prosent av brukerne problematisk bruk av rusmidler (Landheim et al 2014). ROP Vestfold inkluderer alvorlig personlighetsproblematikk, noe ACT ikke gjør. ROP Vestfold har derfor en utvidet målgruppe sett i forhold til ACT, og teamet har pasienter som ikke ville vært inkludert i ACT-teamene. ACT-teamene har på sin side pasienter uten ruslidelse som ikke ville vært inkludert i ROP-teamet.

Både ROP Vestfold og ACT-team er tverrfaglig sammensatte team med helsefaglig og sosialfaglig personell. ROP-teamets prosjektbeskrivelse vektlegger erfaringskonsulenter for å styrke brukerperspektivet, men teamet har ikke hatt erfaringskonsulent hittil. ROP-teamet har heller ikke hatt egen psykiater eller merkantil ansatt, som er krav i ACT. Hvilke stillingskategorier som er ansatt i et team, har betydning for tjenestene som gis. Medisinering og oppfølging av medisinering er en sentral del av et ACT-teams tjenester, men er ikke integrert i tjenestene til ROP Vestfold.

Det er ulikheter i hvordan teamene er organisatorisk forankret. ROP Vestfold er et team i spesialisthelsetjenesten på sykehusnivå. Kommunene i Vestfold har en stilling i ROP-teamet som administreres av Tønsberg kommune, men det er ikke inngått samarbeidsavtaler mellom ROP-teamet og kommunene i Vestfold. De norske ACT-teamene er organisert som et forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og de fleste er organisatorisk forankret i DPS. Kommunene har en tydeligere plass i organiseringen av ACT-teamene enn de har for ROP Vestfold. Til tross for at ROP-teamet ikke har formelle avtaler om samarbeid, har teamet en sterk vektlegging av samarbeid med de kommunale tjenestene. ROP Vestfold representerer en annen måte å organisere samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. En vesentlig del av samhandlingen i ROP Vestfold skjer i form av behandlingsteam rundt den enkelte pasienten hvor både ROP-teamet og de kommunale tjenestene bidrar inn i behandlingen. ROP-teamets bidrag er fleksibelt og varierer ut fra pasientens behov og hvilke ressurser som i utgangspunktet finnes i det ordinære hjelpeapparatet. ROP Vestfold har ikke det formelle ansvaret for pasientene, men skal være en ressurs som kommer som et supplement til det ordinære hjelpeapparatet, og skal bidra når de eksisterende tjenestene ikke er tilstrekkelig. Pasientene får tjenester fra flere deler av tjenesteapparatet samtidig. Et ACT-team derimot skal ha et helhetlig ansvar for tjenester brukerne trenger, slik at brukerne i liten grad skal ha behov for tjenester utenfor teamet. Samarbeid med andre tjenester er ikke en del av ACT-modellen. ACT-teamene skal gi helhetlige og integrerte tjenester fra ett team. ACT-modellens krav om fullt ansvar for ulike typer tjenester samsvarer ikke med ROP Vestfold sine målsettinger. ROP Vestfold har ikke et helhetlig ansvar for tjenestene som ytes til pasientene, men skal koordinere tjenestene og gjennom det sørge for at tjenestene blir helhetlige. På grunn av omfattende samhandling med behandlingsteamene, kan en anta at overføring av kompetanse til ordinære tjenester er større fra ROP-teamet enn det er fra et ACT-team. ROP-teamet framhever også kontinuiteten i tjenestene og overgangen til ordinære tjenester som en fordel ved måten de organiserer samhandling på.

Ulik grad av samhandling med andre tjenester medfører ulikheter i grad av teamtilnærming til den enkelte pasienten. ACT-modellen har krav om at brukerne skal treffe minst tre forskjellige teammedlemmer i løpet av en fireukersperiode, noe som ikke er tilfelle i ROP-teamet. ROP Vestfold inngår i konstellasjoner med ulike andre tjenesteytere hos pasientene, og det er forståelige grunner til å begrense antall ROP-ansatte involvert i behandlingen av den enkelte pasienten.

Det er flere viktige fellestrekk mellom de to samhandlingsmodellene som bør framheves. I tillegg til teamtilnærming og tverrfaglig team må det framheves at både ROP Vestfold og ACT-team jobber oppsøkende på pasientenes arena, de har så å si ingen kontorkonsultasjoner med pasienter. Begge modellene skal ha lav caseload, under 10 brukere per teammedlem. Det daglige arbeidet i begge modellen er strukturert rundt daglig teammøte og tavleorganisering. Begge modellene vektlegger betydningen av relasjonsbygging og arbeid med allsidige strategier for å skape engasjement og motivasjon for behandling hos pasientene.

2.6 Oppsummering

- Målsettinger for ROP Vestfold:
 - Styrke tilbudet til pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse.
 - Sørge for et tilbud som er best mulig i samsvar med nasjonale retningslinjer.
 - Bistå kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
 - Etablere pasientene i det ordinære hjelpeapparatet.
- Teamets arbeidsform:
 - Jobbe sammen med de ordinære tjenestene for pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse, hvor det er behov for å styrke tilbudet.
 - Koordinere tjenester fra det ordinære hjelpeapparatet i tillegg til å gi egen behandling og oppfølging.
 - Jobbe aktivt oppsøkende det pasienten oppholder seg.
 - Ikke erstatte ordinære tjenester, men utgjøre en forsterket ressurs som kommer i tillegg til ordinære tjenester.
 - «Sy sammen» tjenester fra det ordinære hjelpeapparatet for å skape helhetlige og kontinuerlige tjenester for pasientene.
- Opptaksområde:
 - 12 kommuner i Vestfold med til sammen vel 200 000 innbyggere.
- Organisatorisk forankring:
 - Team i spesialisthelsetjenesten organisert på sykehusnivå.
- Faglig sammensetting av teamet:
 - Tverrfaglig helse- og sosialfaglig personale med kompetanse på integrert behandling.

3. Om evalueringen

Dette kapitlet beskriver det metodiske opplegget for evalueringen av ROP Vestfold. Det tar opp formål og problemstillinger og beskriver de ulike delundersøkelsene som inngår i evalueringen. Evalueringsperioden gikk fra april 2013 til april 2016. Teamet ble fulgt i tre år og pasienter som ble inkludert i teamets første driftsår og ga samtykke til evalueringen, ble fulgt i to år. Evalueringen er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

3.1 Formål og problemstillinger i evalueringen

Formålet med den forskningsbaserte evalueringen av ROP Vestfold er å undersøke om ROP-teamet har nådd målsetting og målgruppe, hvilke tjenester det gir, og om pasientene har fått et bedret forløp (bedre psykisk helse, mindre rusproblem, bedre fungering, færre innleggelser, bedre kontakt med helsetjenestene, bedre livskvalitet) ved oppfølging i ROP-teamet. Evalueringen vil søke å besvare følgende hovedspørsmål med presiseringer:

1. Hva kjennetegner pasientene som er inkludert i teamets tre første år, og som får oppfølging av ROP Vestfold? Hvordan samsvarer dette med beskrivelse av målgruppa for ROP Vestfold, og hvordan samsvarer det med målgruppa for ACT-teamene?
2. Hvordan er ROP Vestfold organisert (opptaksområde, forankring, lokalisering, team-sammensetning og arbeidsmåte), og hvor stor variasjon er det mellom ROP Vestfold og ACT-team når det gjelder organisering og måte å jobbe på?
3. Hva kjennetegner tjenestene som gis av ROP Vestfold?
 - a) Hva er innhold og omfang i tjenestene som gis til pasientene i ROP-teamet?
 - b) Hva er innhold og omfang i ROP-teamets samarbeid med andre tjenester?
 - c) Hvordan samsvarer pasientkontakten med ACT-teamenes pasientkontakt?
4. Hvordan går det med pasientene 24 måneder etter inntak i ROP Vestfold?
 - a) Får pasientene et bedret forløp (psykisk helse, rusproblem, kriminalitet, praktisk og sosial fungering og livskvalitet) ved oppfølging fra ROP Vestfold?
 - b) Får pasientene en reduksjon i innleggelser og døgnopphold sammenlignet med de to foregående år?
 - c) Hvordan er resultatene for pasientene sammenlignet med resultatene fra ACT-teamene?
5. Hva er pasientenes erfaringer med ROP-teamet? Hvordan opplever de sin eventuelle bedringsprosess?

Evalueringen tar opp mange problemstillinger, men flere burde vært undersøkt om evalueringen skulle gitt et fullstendig bilde av ROP Vestfold som samhandlingsteam og hvilke tjenester ROP-teamets pasienter mottar. Budsjettrammen for evalueringen har vært begrenset, og en avgrensning var nødvendig. Evalueringen inneholder data om omfang og innhold i ROP-teamets samarbeid med andre tjenesteytere, men det er en klar begrensning at evalueringen ikke inkluderer

undersøkelser av ROP-teamets samarbeidspartnere. Evalueringen belyser derfor ikke ROP-teamets betydning for samarbeidspartnerne og deres tjenester, og vi får ikke vite hvilke tjenester ROP-teamets pasienter har fått fra andre tjenesteytere. Dette gir begrensinger for hvilke konklusjoner som kan trekkes for ROP Vestfold som samhandlingsteam.

3.2 Metode og datainnsamling

Evalueringen har fulgt pasientene som har gitt samtykke til å delta i evalueringen i en periode på to år og teamet i tre år. For å belyse de ulike problemstillingene i evalueringen har vi samlet inn data fra ansatte i teamet, pasienter, lokale elektroniske journaler og skriftlige dokumenter fra ROP-teamet. Evalueringen er lagt opp som følgeforskning der foreløpige resultater er lagt fram for teamet underveis i prosjektet. Teamet har presentert hvordan de jobber, og det har vært dialog om teamets arbeid underveis i evalueringsarbeidet. Datamaterialet er i all hovedsak kvantitativt, med unntak av kvalitative intervjuer med pasienter.

Evalueringen består totalt av følgende undersøkelser/datakilder:

1. Kartlegging av kjennetegn hos pasientene ved inntak i teamet og to år etter inntak ved bruk av Pasientutredningspakken.
2. Innleggelse og oppholdsdøgn i psykisk helsevern de siste to årene før inntak i ROP-teamet og påfølgende to år i ROP-teamet undersøkes ved bruk av lokale journaldata.
3. Registrering av teamets pasientkontakter ved bruk av ukeskjema. Registreringen gjøres kontinuerlig til siste pasient som er inkludert i evalueringen har vært i teamet i to år.
4. Registrering av teamets kontakter med samhandlingsaktører uten pasienter. Registreringen gjøres i hele evalueringsperioden.
5. Intervjuer med utvalgte pasienter om erfaringer med teamet og pasienters eventuelle bedringsprosess. Gjøres ved sluttet av evalueringsperioden.
6. Skriftlige dokumenter og presentasjoner fra ROP-teamet.

3.2.1 Pasientutredningen ved inntak og etter 24 måneder

For å belyse hva som kjennetegner pasientene som nås av ROP-teamet, og hvordan det går med dem 24 måneder etter inntak i teamet, skulle teamet utrede samtlige pasienter som ble inkludert det første driftsåret. Det ble utarbeidet en pasientutredningspakke med ulike kartleggingsverktøy som teamet ble anbefalt å bruke. Pasientene skulle gi samtykke til at opplysninger fra utredningen kunne brukes i evalueringen.

I forkant av datainnsamlingen fikk teamet opplæring i pasientutredningspakken fra evalueringsprosjektet. I tillegg ble det utarbeidet en veiledning for hvordan datainnsamlingen skulle foregå.

Pasientutredningen skulle gjennomføres så raskt som mulig etter at en ny pasient ble innskrevet i teamet, og det var pasientenes situasjon og helsetilstand de siste fire ukene før inntak i teamet som skulle registreres, med unntak av der det var presisert at det skulle baseres på et annet tidsrom (f.eks. siste 12 måneder før inntak). Det var hovedsakelig den behandleren som kjente pasienten best, som skulle fylle ut skjemaene i pasientutredningspakken, enten sammen med pasienten eller basert på tilgjengelige opplysninger om pasienten.

Den samme utredningspakken ble benyttet 24 måneder etter at pasienten ble inkludert i teamet. Pasienten ble da kartlagt på nytt med de samme kartleggingsverktøyene og spørsmålene som ved inntak. I tillegg til spørsmålene ved inntak er det også spurt om viktige livshendelser 24 måneder etter inntak.

Populasjon, utvalg og svarprosent

Samtlige pasienter som ble innskrevet i ROP-teamet det første driftsåret, skulle utredes ved bruk av kartleggingsverktøy i pasientutredningspakka. I alt ble 46 pasienter innskrevet i teamets første år, fra begynnelsen av mai 2013 til utgangen av april 2014. 27 av pasientene ga samtykke til at opplysninger fra pasientutredningen kunne benyttes i evalueringen. Teamet fylte ut pasientutredningspakker for alle 27 ved inntak i teamet, noe som gir en svarprosent på 57 prosent. Ved oppfølging etter 24 måneder kartla teamet 25 av 46 pasienter. Svarprosenten var 54 prosent.

Tabell 3.1

Populasjon, utvalg og svarprosent for pasientutredningen ved inntak og etter 24 måneder.

Populasjon	Antall samtykker	Antall pasientutredninger ved inntak (svarprosent)	Antall pasientutredninger 24 md. etter inntak (svarprosent)
46	27	27 (59 %)	25 (54 %)

For å vurdere representativiteten til de vi har fått pasientutredningspakke for, har vi gjennomført en frafallsanalyse. Vi har sammenlignet noen sentrale kjennetegn hos pasientene som ikke har fylt ut pasientutredningspakken (N=19) med kjennetegn hos dem som fylte ut skjemaene i utredningspakken, dvs. vårt utvalg (N=25). Følgende kjennetegn ble registrert ved frafallsgruppa: kjønn, alder, psykiatrisk hoveddiagnose, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og GAF-skår.

Frafallsgruppa skiller seg ikke fra utvalget når det gjelder kjønn, alder, GAF-F-skår, psykiatrisk hoveddiagnose eller hvor stor andel som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) ved inntak i teamet. GAF-S-skåren er derimot statistisk signifikant lavere i frafallsgruppa

enn i utvalget. Det kan derfor være en fare for at vi har mistet en større andel av de «dårligste» pasientene, og at utvalget ikke er helt representativt.

Kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøyene i pasientutredningspakken er verktøy som teamet ble anbefalt å bruke i sitt kliniske arbeid med utredning av pasientene og monitorering av behandlingen til pasientene. Pasientutredningspakken med informasjon og veiledning er utarbeidet av Torleif Ruud og Anne Landheim og ble brukt ved evalueringen av ACT-teamene. Kartleggingsverktøyene skulle være klinisk nyttige, og samtidig gi relevante data til den forskningsbaserte evalueringen.

Kartleggingsverktøyene skulle fylles ut for den enkelte pasienten ved inntak i teamet og 24 måneder etter inntak. Tabellen nedenfor gir en oversikt over kartleggingsverktøyene i pasientutredningspakken.

Tabell 3.2 Kartleggingsverktøy i pasientutredningen ved inntak og 24 måneder etter inntak.

Verktøy	Områder	Fylles ut av
Skjema for livssituasjon og helse	Sosiodemografiske kjennetegn, beskjeftigelse, inntektskilde, bosituasjon, psykiatrisk diagnose, rusproblemer, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, sosialt nettverk, somatiske helseplager og bruk av psykofarmaka	Behandler fyller ut skjemaet på bakgrunn av opplysninger fra pasienten eller sammen med pasienten
BPRS Brief Psychiatric Rating Scale (Ventura et al 1993)	Type og alvorlighetsgrad av psykiatriske symptomer	Behandler, med skårer og vurdering
GAF (splittet versjon) GAF-S og GAF-F (Goldman et al 1992)	Symptombelastning og funksjonsnivå	Behandler, med skårer og vurdering
PSF (Rishovd & Ruud et al 1994)	Praktisk og sosial fungering	Behandler, med skårer og vurdering
AUDIT (Babor et al 2001) DUDIT (Berman et al 2005)	Bruk av rusmidler det siste året	Pasient fyller ut eller behandler intervjuer pasient
Alkohol-E DUDIT-E	Motivasjon for å endre bruk av rusmidler	Pasient fyller ut eller behandler intervjuer pasient
HEAS Homeless Engagement and	Pasientens engasjement og akseptering av kontakt	Behandler, med skårer og vurdering

Acceptance Scale (Park et al 2002)		
MANSA Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe et al 1999)	Livskvalitet innenfor ulike områder	Pasient fyller ut eller behandler intervjuer pasient
MUESER	Bruk av rusmidler siste 6 måneder	Behandler Kun kartlagt ved 24 md.
Eget skjema	Livshendelser siste 12 måneder	Intervju Kun kartlagt ved 24 md.

Diagnoser

Diagnoser etter ICD-10 er registrert i skjemaet for livssituasjon og helse. Det varierer om diagnosene er satt av teamet eller andre instanser, og når de er gjort.

Statistiske analyser

For beregning av om endringen mellom inntak og etter 24 måneder er signifikant har vi benyttet T-test for normalfordelte variabler på kontinuerlig målenivå, og ikke-parametriske tester for ikke-normalfordelte variabler. For nominelle variabler har vi benyttet McNemar's test.

Denne delundersøkelsen har ikke et randomisert kontrollert studiedesign, men vi har fulgt den enkelte bruker i en observasjonsperiode på to år (observasjonsstudie). Vi har ingen kontrollgruppe, og kan derfor ikke med sikkerhet si at endringen skyldes oppfølging og behandling fra teamet. Det er også viktig å kommentere at vi har fulgt omtrent halvparten av dem som ble inkludert i ROP-teamet det første driftsåret. Det er mulig at vi i evalueringen har inkludert (fått samtykke) fra de best fungerende, og at resultatene ville vært dårligere for dem som ikke deltok i evalueringen.

3.2.2 Innleggelser i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Opplysninger om innleggelser i psykisk helsevern (DPS og sykehus) og i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er hentet fra lokalt journalsystem. Opplysningene er innhentet fra teamet, og evalueringsgruppa har mottatt opplysninger for samtlige pasienter som var inkludert i teamets første driftsår. Opplysningene er identifiserbare for de pasientene som har gitt samtykke til å delta i evalueringen. For de pasientene som ikke har gitt samtykke, er opplysningene anonymiserte. Data om innleggelser og bruk av døgnopphold er innhentet for perioden 24 måneder før inntak i ROP-teamet og fra inntak og påfølgende 24 måneder. Det vil si at vi har opplysninger om innleggelser og antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern og TSB som gjelder for en fireårsperiode.

3.2.3 Ukeskjema og kartlegging av tjenester fra ROP Vestfold

Kartlegging av teamets aktivitet og kontakt angående pasientene ble gjort ved at hvert medlem i teamet registrerte kontakter med og for sine pasienter fortløpende i en stor del av evalueringsperioden, fra og med uke 4 i 2014 til og med uke 11 i 2016 (112 uker). De fylte ut et skjema for hver uke med en linje for hver pasientrelatert kontakt. For hver kontakt ble det registrert dato, hvor kontakten skjedde, teammedlemmer som var med, hvilken pasient kontakten gjaldt, opptil tre koder for aktivitet eller innhold i kontakten, opptil tre koder for eventuelle andre tjenesteytere som deltok samt tidsbruk og reisetid for kontaktene. Et lignende «ukeskjema» ble brukt i evalueringen av ACT-teamene. Skjemaet og registreringskodene ble diskutert med ROP-teamet før oppstart av registreringene, og det ble gjort endringer i skjemaet for å tilpasse det til ROP-teamets aktiviteter og behov.

Formålet med «ukeskjemaet» var å kartlegge hvilke tjenester ROP-teamet gir og å undersøke den kontakten og behandlingen den enkelte pasienten får fra teamet. Registreringene i ukeskjemaet skulle brukes både til å dokumentere teamets aktivitet og belyse behandlingen den enkelte pasient har fått fra teamet.

Teamets praksis kan dokumenteres ut fra hyppighet av kontakter (antall kontakter per pasient per uke), hvor kontaktene skjer (hos pasient, på kontor, per telefon, hos samarbeidspartner), fordeling på ulike typer aktiviteter i kontaktene, samhandling med andre tjenester ved registrering av hvem andre som deltar, varigheten av kontaktene, andel kontakter der to teammedlemmer deltar, og eventuelt omfang av reisetid i forbindelse med kontaktene.

Behandlingen som den enkelte pasienten har fått i løpet av 24 måneder, kan belyses ut fra hyppighet av kontakt (antall kontakter per uke), hvor kontaktene skjer (kontakter ute, på kontor, hos samarbeidspartner), innhold i kontaktene og hvilke av ROP-teamets samarbeidspartnere som har deltatt i kontaktene.

I tillegg til kontakter som angikk enkeltpasienter, registrerte teamet kontakt de hadde med samarbeidspartnere som ikke omhandlet enkeltpasienter. Dette var ulike typer av samarbeidsmøter, opplæring og informasjon. Kontaktene ble registrert fortløpende i et «månedsskjema» for hele teamet samlet.

De ansatte i ROP-teamet har gjort en stor jobb med daglige registreringer av sine aktiviteter. En løpende registrering av alle kontakter er en utfordring i en travel hverdag, og vi må regne med at det er noe underrapportering av kontakter. Ukeskjemaene utgjør et omfattende arbeid og resulterer i en datafil som har stort omfang, og man kan ikke se bort fra at det kan ha blitt feiltastinger som ikke har blitt oppdaget. En del tall og koder på papir kan også ha vært utydelige og blitt feilregistrert. Det er fare for at ulike koder kan forstås ulikt av ulike ansatte, men hvordan man registrerer, har vært oppe til diskusjon i teamet, og det er grunn til å tro at det ikke er omfattende

misforståelser. Det kan imidlertid forekomme variasjoner når det gjelder praksis for registreringer av kontakter med kombinasjon av flere typer innhold i samme kontakt.

Ut fra en samlet vurdering av kvaliteten på data om registrerte kontakter, mener vi at registreringene gir en god dokumentasjon av hvordan ROP-teamet jobber og at datamaterialet kan brukes til å beskrive hvordan teamets praksis har vært samlet sett, omfanget av samhandling med andre tjenester og hva slags tjenester pasientene får fra teamet i en toårsperiode. Dette vil rapporteres i kapitlet om tjenester fra ROP-teamet.

3.2.4 Undersøkelse om pasienterfaringer og recovery

Metodisk tilnærming og resultater fra intervjuundersøkelsen blant pasienter som opplevde en bedringsprosess presenteres samlet i kapittel 8.

4. Rekruttering av pasienter og målgruppe

I dette kapittelet vil vi presentere antallet personer som er inkludert i løpet av ROP Vestfolds *tre første driftsår*. Videre vil vi beskrive hva som kjennetegner disse pasientene når det gjelder deres situasjon ved inntak. Dette for å belyse om teamet har rekruttert målgruppa slik det står beskrevet i prosjektbeskrivelsen for ROP Vestfold. Vi vil også presentere hvor mange pasienter som av ulike grunner har avsluttet kontakten med teamet i løpet av den gitte treårsperioden. Disse opplysningene er gitt til evalueringsteamet i anonymisert form. Til slutt vil vi sammenligne målgruppa til ROP-teamet med hvilke pasienter som ble rekruttert til de 12 første norske ACT-teamene.

4.1 Rekruttering til ROP Vestfold de tre første driftsårene

I løpet av de tre første årene fikk ROP-teamet cirka 160 henvendelser. Litt over halvparten (52%) av henvendelsene kom fra kommunale tjenester som rustjenesten, psykiske tjenester, feltpleien, fastlege og lavterskelboliger. 48 prosent av henvendelsene kom fra Klinikk psykisk helse og rusbehandling (DPS, Avdeling for rusbehandling ARB og psykiatrisk fylkesavdeling PFA). Av dem som ikke ble tatt inn i teamet var den viktigste begrunnelsen at de klarte å benytte seg av ordinære tjenester, at de ikke var i målgruppa for teamet, at personen selv ikke ønsket kontakt eller at henvisende instans ikke fulgte opp henvisningen.

I ROP-teamets tre første år var det 61 personer som ble inkludert i teamet. I løpet av denne perioden var det ni personer som avsluttet kontakten med teamet. Teamet har fylt ut et anonymisert skjema for hver bruker som de har avsluttet kontakten med. Det inneholder informasjon om årsak til utskrivningen, om den har vært planlagt og etter teamets ønske, og hvem som skulle ha hovedansvaret etter utskrivelse. Tabellen under gir en oversikt over hovedårsaken til at kontakten med pasienten ble avsluttet.

Tabell 4.1 Hovedårsak til avsluttet kontakt med teamet i løpet av tre år. I antall. N=9.

	Antall
Utredning viste at pasienten ikke var i målgruppa	2
Teamet vurderte at pasienten ikke lenger trengte tjenester fra ROP-teamet	1
Teamet lyktes ikke i å etablere kontakt	1
Pasienten avsluttet etablert kontakt	3
Pasienten hadde flyttet fra opptaksområdet	1
Død	1
Total	9

To pasienter avsluttet kontakten med teamet fordi de etter utredning ikke oppfylte kriteriene for å være i målgruppa. En person ble vurdert til ikke lenger å ha behov for tjenester fra ROP-teamet, mens for fire personer klarte ikke teamet å etablere kontakt med den aktuelle personen eller personen ønsket ikke selv kontakt. En person døde i perioden på tre år. Et viktig mål for ROP-teamet har vært å nå ut til personer som ikke klarte å nyttiggjøre seg eksisterende tjenester, eller der de ordinære tjenestene ikke klarte å nå og opprettholde kontakt med brukerne. Teamet skulle bidra til at brukerne ble motiverte til å ta i mot hjelp og behandling. I perioden på tre år lyktes teamet i å etablere og opprettholde kontakten med de aller fleste pasientene. Det er kun fire personer der teamet ikke klarte å etablere kontakt eller opprettholde kontakten.

4.2 Har ROP Vestfold rekruttert pasienter i målgruppa?

Et viktig mål for evalueringen har vært å undersøke om ROP Vestfold har inkludert pasienter slik det er definert i prosjektbeskrivelsen. **Målgruppa** beskrives på følgende måte:

I hovedsak pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse av typen:

- *alvorlige/vedvarende lidelser innen psykosopespekteret*
- *bipolar lidelse I eller andre alvorlige affektive lidelser*
- *alvorlig personlighetsforstyrrelse med tendens til psykotisk dekompenisering*
- *vanskelig kontrollerbar spiseforstyrrelse med fare for somatisk helseskade*

Det presiseres at målgruppa som omfattes av prosjektet er pasienter *hvor det er behov for styrking utover det tilbud som enhetene i klinikk psykisk helse og rusbehandling eller kommunene kan gi.* Rusmiddelavhengigheten skal være alvorlig og ha en vesentlig påvirkning på den psykiske lidelsen. Misbruket skal være behandlingstrengende også om det hadde eksistert uten den psykiske lidelsen.

I tabellene under viser vi en oversikt over hva som kjennetegnet pasientene ved inntak i teamet. Oversikten gjelder **61 pasienter** som ble inkludert de tre første årene. Vi har kun opplysninger om kjønn, alder, psykiatrisk hoveddiagnose, rusdiagnose, om personen var underlagt tvungent psykiatrisk helsevern uten døgnopphold og GAF-skår.

Tabell 4.2 Alder- og kjønnsfordeling ved inntak. N=61

	Inntak
Alder, gjennomsnitt (variasjonsbredde)	33 år (19-55)
Kjønn, andel kvinner	46 %

I de tre første årene ble det inkludert omtrent like mange kvinner som menn. Gjennomsnittsalderen var 33 år der den eldste var 55 og den yngste 19 år.

Et viktig formål for ROP-teamet har vært å sørge for at personer som hadde symptomer på alvorlig psykisk lidelse fikk en grundig utredning. Flere av pasientene hadde rusdiagnose som eneste diagnose ved inntak, men der det var mistanke om en alvorlig psykisk lidelse. I tabellen under viser vi hvilke psykiatriske diagnoser pasientene hadde ved inntak, og hvordan dette endret seg i løpet av treårsperioden.

Tabell 4.3 Psykiatrisk hoveddiagnose ved inntak i ROP-teamet og i juni 2016. N=61

	Inntak	Etter tre år
Rusdiagnose (f10-19)	13	3
Psykose (f20-29)	15	23
f30-39	5	5
f40-49	6	8
f50-59	3	2
f60-69	12	15
f90-99	3	3
Ukjent	4	3
Totalt	61	61

Som vi ser av tabell 4.3 var det 13 personer som hadde skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler som hoveddiagnose ved inntak i teamet. De fleste hadde diagnosen rusutløst psykose (n=11). Det er grunn til å anta at flere av disse hadde ukjent psykiatrisk diagnose, og at de ikke tidligere var utredet. Femten personer oppfylte kriteriene for en psykoselidelse, to personer med uspesifisert bipolar affektiv lidelse, seks personer med angstlidelse, hovedsakelig posttraumatisk stresslidelse, tre personer med spiseforstyrrelser og tolv personer med personlighetsforstyrrelse. En av oppgavene til ROP-teamet har vært å sørge for at personer med symptomer på psykoselidelse ble utredet. Som vi ser av tabellen over var det ved inntak i teamet 13 personer som hadde en ruslidelse som hoveddiagnose, hovedsakelig rusutløst psykose. Etter utredning (juni 2016) ser vi i kolonnen til høyre i tabellen at åtte av disse oppfylte kriteriene for en psykoselidelse.

Samtlige personer hadde i tillegg til de psykiatriske diagnosene, også skadelig bruk eller avhengighet av ett eller flere rusmidler. I tabellene under ser vi hvilken rusdiagnose og hvilket hovedrusmiddel pasientene hadde ved inntak.

Tabell 4.4 Rusdiagnose ved inntak i ROP-teamet. N=61

	Inntak
Skadelig bruk	10
Avhengighet	35
Bruk av rusmidler som forårsaker rusutløst psykose	11
Ukjent alvorlighetsgrad	5
Totalt	61

Tabell 4.5 Hovedrusmiddel ved inntak i ROP-teamet. N=61

	Inntak
Alkohol	5
Opiater	13
Cannabis	9
Amfetamin	16
Flere stoffer	17
Annet	1
Totalt	61

Samtlige pasienter som var inkludert i ROP-teamet oppfylte kriteriene for en rusdiagnose, enten skadelig bruk eller avhengighet. Over halvparten oppfylte kriteriene for en avhengighetsdiagnose, mens litt under halvparten hadde skadelig bruk av rusmidler. 11 personer brukte rusmidler som forårsaket psykotiske symptomer som opptrer under eller etter bruk av rusmidler. Hovedrusmiddel var enten amfetamin (n=16) eller opiater (n=13). Det var 17 personer som hadde skadelig bruk eller avhengighet av flere stoffer.

Tabell 4.6 GAF-skår ved inntak. Gjennomsnitt. N=61

GAF-skala splittet versjon	Inntak
GAF-symptom	39
GAF-funksjon	35

Pasientene hadde ved inntak en GAF-symptomskår på 39 og en GAF-funksjonsskår på 35, noe som indikerer stor funksjonssvikt innen flere områder.

Tabell 4.7 Pasienter på TUD ved inntak. I prosent og (antall). N=61

	Inntak
Tvungent psykisk helsevern	23 % (n=14)

Ved inntak i ROP-teamet var det 14 personer, dvs 23 prosent som hadde vedtak om tvungent psykisk helsevern utenfor døgn.

Sammenlignet med brukere som mottok tilbud fra ACT-teamene inkluderte ROP-teamet personer med **både alvorlige** psykiske lidelser og alvorlig rusdiagnose. De inkluderer i tillegg personer med personlighetsproblematikk, noe ACT-teamene ikke skal gjøre. De som ble inkludert i ROP-teamet hadde noe lavere funksjonsnivå sammenlignet med brukere i ACT-teamene. ROP-teamet inkluderte med andre ord en utvidet målgruppe sammenlignet med ACT-teamene. Det har vært et uttalt behov særlig fra kommunene om en samhandlingsmodell som også inkluderer personer med alvorlig personlighetsproblematikk og rusmiddelproblemer (Landheim et al. 2014). ROP-teamet er et eksempel på en samhandlingsmodell som også gir tjenester til en slik målgruppe.

4.3 Oppsummering

- ROP Vestfold har inkludert 61 personer i løpet av en treårsperiode.
- ROP Vestfold har etablert og opprettholdt kontakten med personer som de ordinære tjenestene har vanskeligheter med å nå.
- ROP Vestfold har inkludert personer slik målgruppa er definert i prosjektbeskrivelsen:
 - Samtlige inkluderte pasienter hadde både en rusdiagnose og alvorlige psykiske lidelser.
 - Omtrent to tredjedeler av pasientene oppfylte kriteriene for en psykoselidelse eller personlighetsforstyrrelse.
- ROP Vestfold inkluderte en utvidet målgruppe sammenlignet med ACT-team.

5. Tjenester fra ROP-teamet

Dette kapitlet presenterer tjenestene ROP-teamet gir og behandlingen den enkelte pasienten får fra teamet. Vi ser på omfanget av tjenester, hvor kontaktene skjedde, hvem som deltok i kontaktene og hva som var innholdet i kontaktene. Det omfatter kontakter teamet hadde med pasienter og kontakter teamet hadde med samarbeidspartnere. Resultatene er basert på «ukeskjema»-undersøkelsen hvor ROP-teamets medlemmer hver uke fylte ut et skjema med opplysninger om hver pasientrelatert kontakt de hadde. Dette ble gjort løpende i nesten hele evalueringsperioden, og omfattet alle pasienter teamet hadde kontakt med. Kontaktene som omtales i dette kapitlet er først og fremst **pasientrelaterte kontakter** som omfatter både **direkte pasientkontakt og kontakter med samarbeidspartnere som angår enkeltpasienter**. I tillegg til kontakter som angikk enkeltpasienter, hadde teamet kontakt med samarbeidspartnere som ikke omhandlet enkeltpasienter, som var ulike typer samarbeidsmøter, opplæring og informasjon. Disse kontaktene ble registrert fortløpende i et eget skjema, og omtales kort i avsnitt 5.5.

5.1 Omfang av pasientrelaterte kontakter

I løpet av 112 uker, fra uke 4 i 2014 til og med uke 11 i 2016, registrerte ROP-teamets ansatte totalt **11 173 kontakter** angående pasienter i sine ukeskjemaer, det vil si at teamet i gjennomsnitt hadde cirka 100 pasientrelaterte kontakter per uke. Kontaktene var i løpet av denne perioden fordelt på i alt **118 pasienter**. Vi ser at teamet ga tjenester til et stort antall pasienter sammenlignet med antall pasienter som har vært innskrevet i teamet. Det var stor variasjon i antall kontakter for ulike pasienter. For å si noe om tjenestene pasientene mottok, ser vi nærmere på kontaktene til en gruppe pasientene som har blitt fulgt opp over like lang tid (avsnitt 5.6). Resten av kapitlet omhandler tjenester gitt fra teamet. Det ble registrert tidsbruk for kontaktene, som viser at det ble brukt nær **en time i gjennomsnitt per direkte kontakt**, uavhengig av om kontakten var ute hos pasient eller ute hos samarbeidspartner. I tillegg kom reisetid ved alle direkte kontakter med vel 40 minutter per kontakt i gjennomsnitt. Telefonkontakt var en viktig kommunikasjonsform i teamet, og tidsbruken for en gjennomsnittlig telefonkontakt var 13 minutter.

Teammedlemmene jobbet i hovedsak alene, men 13 prosent av alle direkte kontakter ute hos pasient var med medbehandler fra teamet. Når kontaktene var med medbehandler, var det vanligste innholdet i kontaktene støtteterapi, planlegging av behandling og kontaktetablering.

5.2 Sted for pasientrelaterte kontakter

Tabellen under viser hvor kontaktene skjedde ut fra teamets utfylling av ukeskjemaene.

Tabell 5.1 Hvor foregikk kontaktene? Prosent.

	Prosent
Telefonkontakt	51,4
Ute hos pasient	34,6
Ute i kommunene	7,3
Ute hos spesialisthelsetjenesten	5,8
I fengsel	0,4
I teamets kontorer/lokaler	0,4
Ikke oppgitt sted	0,1
Registrerte kontakter i alt	100 (N=11 173)

Vel halvparten av alle pasientrelaterte kontakter i ROP-teamet skjedde per telefon.

Telefonkontaktene som ble registrert var ikke kun initiert av ROP-teamet, men aktuelle tjenesteytere, pasient og nettverk tok også i stor grad kontakt med teamet telefonisk.

Vel en tredjedel av kontaktene skjedde ute hos pasient, det vil si som hjemmebesøk eller ute i lokalmiljøet sammen med pasienten. **Når vi ser bort fra telefonkontaktene, var 72 prosent av alle kontaktene ute hos pasient.** 13 prosent av alle kontaktene var ute i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten. Dette var kontakter som var relatert til enkeltpasienter.

ROP Vestfold har som mål å jobbe oppsøkende mot pasientgruppa. Teamet har så godt som ikke kontakt med pasienter på teamets kontorer, på bakgrunn av det sier vi at teamet jobber så å si 100 prosent oppsøkende.

5.3 Innhold i pasientrelaterte kontakter

Ukeskjemaet hadde mange koder for mulig innhold i de pasientrelaterte kontaktene, og det var mulig å registrere flere typer innhold i en og samme kontakt. Tabellen under viser svarfordelingen for de ulike innholdskodene som var oppgitt i ukeskjemaet. Tabellen er basert på et høyere antall enn totalt antall kontakter fordi det var mulig å oppgi flere typer innhold i samme kontakt.

Tabell 5.2 Innhold i pasientrelaterte kontakter. Prosent.

	Prosent
Planlegge behandling/tiltak	29,4
Støtteterapi/Støttesamtale	19,7
Rusbehandling	10,0
Veiledning	8,0
Møte uten pasient	6,5
Får ikke kontakt/ikke møtt	5,8
Kriseintervensjon	3,3
Sosial trening/Fritidsaktivitet	2,9
Kontaktetablering	2,8
Arbeid med bolig/økonomi	2,2
Møte der pasienten er med	2,0
Følge til lege/andre tjenester	1,9
Individualterapi/psykoterapi	1,8
Familie/nettverksamtale	1,1
Systematisk kartlegging	0,7
Arbeid med LAR	0,5
Husarbeid/egenomsorg	0,4
Arbeid/yrke/utdanning	0,3
Ekstra journalarbeid	0,3
Annet	0,5
Totalt	100 (N=17 946)

Vi ser stor variasjon i innhold og aktiviteter i tjenestene fra ROP-teamet. Det var spredning på mange typer av aktiviteter, men mange hadde lite omfang. Tre aktiviteter stod fram som dominerende for teamets arbeid og utgjorde nær 60 prosent av teamets tjenester. «Planlegging av behandling/tiltak» hadde størst omfang og ble oppgitt som innhold for 29 prosent av kontaktene. «Støtteterapi /støttesamtale» ble oppgitt som innhold for 20 prosent av kontaktene og «Rusbehandling» for 10 prosent av kontaktene. 9 prosent var «møter med eller uten pasient». Det kan være verd å merke seg at 6 prosent av all aktivitet var bomturer, hvor teamet ikke lyktes å møte pasienten. Praktisk og sosial oppfølging var aktiviteter som teamet utførte, men de hadde forholdsvis lavt omfang.

Selv om det var satt av mange alternative koder for innhold i tjenestene, ble de ikke dekkende for mangfoldet og variasjonen i tjenestene fra teamet. For å gi et mer utfyllende bilde av innholdet i tjenestene, ga teamet eksempler på forskjellige aktiviteter som utdypet de ulike innholdskodene i ukeskjemaet. «Planlegge behandling/tiltak» dreier seg for eksempel om informasjonsutveksling og å gjøre nye avtaler for tiltak mellom pasient og øvrige tjenesteytere/nettverk i tillegg til avtaler med teamet. «Støtteterapi» kan være individuell rådgivning med forebyggende hensikt, tiltak for å forebygge både rus og psykisk lidelse eller det kan være mestringsorientert- eller endringsorientert samtale. «Sosial trening» kan være diverse fritidsaktiviteter, cafebesøk, trene på å gå i butikk og bank. «Veiledning» som aktivitet går både mot pasient, tjenesteytere og nettverk. I «husarbeid/egenomsorg» inngår bo-veiledning og for eksempel vasking, rydding, innkjøp samt bistand i forhold til personlig hygiene. Kontakt med barnevernet er eksempel i kategorien «annet».

For å forenkle og vise ROP-teamets profil for tjenester, er innholdet i kontaktene slått sammen til **tre hovedgrupper av aktiviteter; Koordinering av behandling, samtalebehandling og praktisk/sosial oppfølging**. «Planlegge behandling/tiltak», «veiledning», «møter med og uten pasient» og «arbeid med LAR» er slått sammen til «Koordinering av behandling/samhandling». «Støtteterapi/støttesamtale», «kriseintervensjon», «individualterapi/psykoterapi», «familie/nettverksamtale», «systematisk kartlegging», «kontaktetablering» og «rusbehandling» er slått sammen til «Samtalebehandling». «Sosial trening/fritidsaktivitet», «arbeid med bolig/økonomi», «følge til lege/andre tjenester», «husarbeid/egenomsorg» og «arbeid/yrke/utdanning» er slått sammen til «Praktisk og sosial oppfølging». Tabellen under viser fordelingen for de tre hovedgruppene av aktiviteter.

Tabell 5.3 Innhold i pasientrelaterte kontakter (sammenslåtte grupper). Prosent.

	Prosent
Koordinering av behandling	46,5
Samtalebehandling	39,4
Praktisk og sosial oppfølging	7,6
Annet	6,5
Totalt	100 (N=17 941)

I tabell 5.3 ser vi at 47 prosent av aktivitetene i ROP Vestfold hadde koordinering av behandling som innhold, 39 prosent var behandling av pasientene og åtte prosent dreide seg om praktisk, sosial oppfølging av pasientene.

Det var variasjon for innholdet i kontaktene når vi sammenlignet de ulike stedene kontaktene foregikk. Tabellen under viser kontakter med gruppert innhold fordelt på ulike steder samt telefonkontakt.

Tabell 5.4 Innhold i pasientrelatert kontakt og sted for kontaktene. Prosent.

	Ute hos pasient	Ute i kommune	Ute hos spesialist helsetjenesten	Telefon
Koordinering av behandling	13,2	73,4	48,3	69,1
Samtalebehandling	60,4	19,7	37,5	25,8
Praktisk og sosial oppfølging	15,4	4,5	10,4	1,7
Annet	11,0	2,4	3,7	3,4
Totalt	100,0 (N=6 836)	100,0 (N=1 310)	99,9 (N=1 055)	100,0 (N=8 606)

60 prosent av kontaktene ute hos pasienten var samtalebehandling, noe som var langt mer omfattende enn når kontaktene skjedde andre steder. Innslaget av koordinering av behandling var spesielt høyt når kontaktene skjedde ute i kommunene, 73 prosent. I telefonkontaktene var også koordinering et dominerende innhold.

5.4 Teamets samhandling med andre

Ukeskjemaet registrerte også om kontaktene angående pasienter skjedde i samarbeid med andre tjenester, og det var mulig å registrere flere samarbeidspartnere i en og samme kontakt. Omfang av kontakter utført alene og sammen med andre tjenester er vist i tabellen under.

Tabell 5.5 Omfang av kontakter alene og sammen med samarbeidspartner. Prosent og antall.

	Prosent	Antall
Kontakter utført av teamet alene	58	6 484
Kontakter utført sammen med andre tjenester	42	4 689
Totalt	100	11 173

Av alle pasientrelaterte kontakter registrert i teamet, skjedde 42 prosent sammen med andre tjenesteytere, totalt 4689 kontakter. Hvis vi tar vekk telefonkontakter, utgjorde andelen direkte pasientrelaterte kontakter sammen med andre tjenesteytere 33 prosent av alle kontakter. Tabellen under viser hvem som deltok i de pasientrelaterte kontaktene som skjedde sammen med samarbeidspartnere. Det var mulig å registrere flere samarbeidsaktører i samme kontakt, og antallet i tabellen overstiger derfor totalt antall kontakter i samarbeid med andre.

Tabell 5.6 Deltakere i teamets samhandling med andre tjenester. Prosent.

	Prosent
Psykiatri/rustjeneste i kommune	46,1
Botjeneste/bemanna bolig	10,3
Døgnavdeling ved DPS/sykehus	7,9
Rusbehandling, døgn	6,1
Poliklinikk/akutteam ved DPS	6,0
Ruspoliklinikk	5,6
LAR	3,4
Pårørende/venner/nettverk	4,3
Fastlege	2,7
NAV	2,7
Hjemmetjenester i kommune	1,8
Politi/kriminalomsorg	1,5
Lavterskeltiltak	0,6
Somatisk sykehus	0,5
Psykiater/Psykolog egen praksis	0,2
Tannlege	0,1
Andre	0,2
Totalt	100,0 (N=5 389)

ROP-teamet hadde mest kontakt med kommunale tjenester, **64 prosent av teamets kontakt med andre tjenester var med førstelinjetjenesten**. Andrelinjetjenesten stod for 29 prosent av teamets kontakt med andre tjenester. 7 prosent av kontaktene var med «andre», det inkluderte blant annet pasienters pårørende og nettverk forøvrig. Psykiatri- og rustjeneste i kommunene var tjenesteyterne ROP-teamet hadde hyppigst samarbeid med, de var involvert i 46 prosent av teamets kontakter med andre tjenester.

Hvor skjedde kontaktene med samarbeidspartnere? Størstedelen var telefonkontakt. Når det ikke var telefonkontakt, foregikk samarbeidet hyppigst ute hos pasientene. Tabellen under viser innholdet i de pasientrelaterte kontaktene som teamet hadde i samarbeid med andre tjenester. Det var mulig å registrere flere typer innhold i samme kontakt, og antallet i tabellen overstiger derfor totalt antall kontakter i samarbeid med andre.

Tabell 5.7 Innhold i kontakter med samarbeidspartnere. Prosent.

	Prosent
Planlegge behandling/tiltak	36,5
Veiledning	16,9
Møte uten pasient	13,1
Støtteterapi/Støttesamtale	8,1
Møte der pasienten er med	4,4
Kriseintervensjon	3,9
Rusbehandling	3,8
Får ikke kontakt/ikke møtt	2,3
Arbeid med bolig/økonomi	2,2
Kontaktetablering	2,1
Følge til lege/andre tjenester	1,8
Familie/nettverksamtale	1,3
Arbeid med LAR	1,1
Annet	2,5
Totalt	100,0 (N=7 631)

«Planlegging av behandling», «veiledning» og «møte uten pasient» var de tre mest omfattende aktivitetene når vi ser på innholdet i kontaktene teamet hadde med samarbeidspartnere. **Totalt dreide 72 prosent av teamets kontakter med andre tjenester seg om koordinering og samhandling, mens 20 prosent av kontaktene hadde direkte behandlingsinnhold.** Fordeling av aktiviteter på behandling og koordinering var omtrent den samme om samarbeidspartnerne kom fra første- eller andrelinjetjenesten.

Det kan være interessant å sammenligne innholdet i de pasientrelaterte kontaktene teamet hadde alene og kontaktene de hadde i samarbeid med andre tjenester. Det er vist i tabellen under.

Tabell 5.8 Innhold i kontakter for teamet alene og sammen med samarbeidspartnere. Prosent.

	Teamet alene	Med samarbeidspartner
Koordinering	28	72
Samtalebehandling	54	20
Praktisk og sosial oppfølging	9	5
Annet	9	3
Totalt	100 (N=10 315)	100 (N=7 631)

Når ROP-teamet jobbet alene, var over halvparten av kontaktene samtalebehandling. Den praktiske og sosiale oppfølgingen av pasientene hadde også større omfang når kontakten ble gjennomført av teamet alene. Nær tre fjerdedeler av innholdet i kontaktene teamet hadde sammen med andre var koordinering. Med «koordinering» menes da planlegging av ulike typer tiltak og behandling, inngåelser av avtaler mellom pasient og øvrige tjenesteytere/nettverk i tillegg til avtaler med teamet. Det dreier seg også om ulike typer møter med og uten pasient til stede og ikke minst om informasjonsutveksling og veiledning.

Tjenestene fra ROP-teamet hadde altså ulik profil når kontakten med pasientene ble gjennomført av teamet alene sammenlignet med om kontaktene skjedde i samarbeid med andre tjenester. Koordinering var dominerende når samarbeidspartnere deltok i kontaktene, mens pasientbehandling var klart tydeligere når teamet jobbet alene.

5.5 Teamets kontakter med samarbeidsaktører uten pasienter

Ukeskjemaet kartla teamansattes kontakter som gjald oppfølging av enkeltpasienter. I tillegg registrerte ROP-teamet samhandling med andre tjenester som ikke dreide seg om enkeltpasienter, men var mer generelt samarbeid. Dette omfattet informasjon, undervisning og ulike typer samarbeidsmøter. I 35 måneder, fra mai 2013 til og med mars 2016, registrerte teamet **104 kontakter med samarbeidspartnere som hadde et mer generelt innhold enn oppfølging av enkeltpasienter.** Tabell 4.9 viser hvem som deltok i samhandlingsmøtene og tabell 4.10 viser hva som var hovedinnholdet i møtene ut fra hvem som var deltakere. Også disse tabellene baserer seg på flervalg og antallet i tabellen overstiger derfor totalt antall kontakter, som var 104.

Tabell 5.9 Deltakere i samarbeidsmøtene. Prosent.

	Prosent
Psykatri/rustjeneste kommune	47
Døgnavdeling	12
Poliklinikk/akutteam DPS	12
Rusbehandling døgnet	6
Ruspoliklinikk	5
Hjemmetjeneste kommune	5
Politi/kriminalomsorg	1
NAV	1
Andre	12
Totalt	100 (N=131)

Tabell 5.10 Innhold i samhandlingsmøter og deltakere i møtene. Prosent.

	1. linjetjeneste	2. linjetjeneste	Andre
Informasjon, undervisning	46,1	63,3	68,2
Samarbeidsmøte, koordineringsmøte, evalueringsmøte, veiledning	48,7	28,6	31,8
Annet	5,3	8,2	0,0
Totalt	100 (N=76)	100 (N=49)	100 (N=22)

Psykiatri- og rustjenesten i kommunene var deltakere i nær halvparten av kontaktene med samarbeidsaktører som ikke var direkte pasientrelatert. I kontaktene med andrelinjetjenesten var informasjon og undervisning innholdet i 63 prosent av kontaktene, mens det utgjorde 46 prosent i kontaktene med førstelinjetjenesten. Det var større variasjon for innholdet i ROP-teamets kontakter med førstelinjetjenesten enn med andrelinjetjenesten. Gjennomsnittlig tidsbruk for disse samarbeidskontaktene var litt i overkant av to timer per kontakt, og gjennomsnittlig reisetid var i overkant av en time.

Omfanget av kontakter med samarbeidsaktører uten pasienter var lavt sammenlignet med antall kontakter med samarbeidsaktører som dreide seg om enkeltpasienter, 104 mot 4 689 kontakter. Samhandling rundt enkeltpasienter er dominerende i omfang, men 104 samhandlingsmøter viser at også generell samhandling var er en aktivitet med høy prioritet i teamet.

5.6 Tjenester pasientene mottar

Når vi så på omfanget av tjenester pasientene mottok fra ROP-teamet, var det stor variasjon i antall kontakter for ulike pasienter. 33 prosent av pasientene hadde tre eller færre kontakter, mens 36 prosent hadde mer enn 100 kontakter. Dette har sammenheng med teamets arbeidsmetodikk hvor «henvendelse før henvisning» står sentralt. Teamet jobber kort tid med noen pasienter og har vedvarende og høy intensitet på kontakten med andre pasienter. De som ikke blir innskrevet i teamet, følges opp over perioder av ulik varighet, hvor teamet jobber med å avklare, støtte og veilede andre tjenester for å finne egnet oppfølging innenfor de ordinære tjenestene. De som ikke innskriveres i teamet, blir fulgt opp av andre deler av helsevesenet, det skjer også at henvender trekker sin henvendelse, og i noen tilfeller at pasienten selv ikke ønsker oppfølging. Cirka 20 prosent av pasientene er i henvendelsesfase i en periode ved normal drift i teamet.

Siden det er ulike pasientgrupper med ulik tid og ulik oppfølging i teamet, har vi sett på kontakter med pasientene som ROP-teamet har fulgt opp over like lang tid. **Vi har sett på pasienter som ble innskrevet i teamet det første året, og som ble fulgt opp av teamet i to år, for å kunne si noe om omfanget og innholdet i tjenestene de mottar.** Vi har data fra ukeskjema i to år for **39**

pasienter (fra uke 4 i 2014 til og med uke 3 i 2016)¹. Teamet hadde totalt 8 183 kontakter med disse 39 pasientene. **I gjennomsnitt hadde hver pasient 210 kontakter i toårsperioden, noe som gir et gjennomsnitt på to kontakter per uke per pasient.** Vi vurderer det slik at disse pasientene som teamet har fulgt opp over lang tid, har fått tett oppfølging fra teamet. Til sammenligning hadde ACT-teamene i gjennomsnitt 2,3 ansikt-til-ansikt kontakter per bruker per uke, noe som svarte til moderat intensitet i oppfølgingen sammenlignet med ACT-modellens standarder (Landheim et al 2014). Det er verd å merke seg at kontakter, slik vi har brukt det i ROP Vestfold-undersøkelsen, er mer omfattende enn pasientkontakt slik det ble brukt i ACT-undersøkelsen. Her kan en kontakt være både ansikt-til-ansikt kontakt og telefonkontakt med både bruker og samarbeidspartner. I ACT-undersøkelsen dreide det seg om teamansattes direkte pasientkontakt, ansikt-til-ansikt.

ROP Vestfold jobber etter en modell der hver pasient har en hovedbehandler. Flere behandlere i teamet skal kjenne pasienten, men etter to år var det ikke slik at alle behandlerne i teamet har hatt kontakt med alle pasientene. Tabellen under viser hvor mange behandlere fra teamet pasientene har møtt.

Tabell 5.11 Antall behandlere pasientene har møtt. Prosent.

	Prosent
1-2 behandlere	38
3-4 behandlere	49
5-6 behandlere	13
Totalt	100 (N=39)

To av pasientene som teamet har fulgt opp i to år har kun møtt en behandler, og to av pasientene har møtt seks av teamets behandlere. Flertallet av pasientene har møtt to eller tre teamansatte.

Pasientene som har vært fulgt opp i to år har i gjennomsnitt hatt kontakt med 3 behandlere i ROP-teamet. Det kan være mange grunner til at noen pasienter har hatt kontakt med få behandlere fra ROP-teamet. Noen pasienter ønsker ikke kontakt med flere, andre får tjenester fra flere instanser, og det kan da totalt sett bli mange personer å forholde seg til.

Når vi ser på tjenestene som pasientene som har vært fulgt opp i to år mottar, var likhetene mange med tjenestene som er beskrevet foran i dette kapitlet. 51 prosent av alle kontakter var telefonkontakter, sju prosent av alle kontakter var sammen med medbehandler og 40 prosent av tjenestene var sammen med andre tjenesteytere. ROP-teamet jobbet altså like mye sammen med

¹ 42 pasienter inkludert i teamets første driftsår fikk tjenester fra teamet i to år, men vi registrerte kontakter i to år for kun 39 pasienter fordi ukeskjemaregistreringen startet først da teamet hadde vært i drift i 10 måneder og kontakten med noen pasienter ble avsluttet før ukeskjemaregistreringen for dem hadde pågått i to år (selv om de hadde fått tjenester fra teamet i to år).

andre tjenesteytere for pasientene de hadde fulgt opp over lang tid. Når vi ser på innholdet i tjenestene, ser vi at behandling var vanligere som innhold for tjenestene til pasienter som har blitt fulgt opp i to år enn for dem som hadde blitt fulgt opp kortere tid. Andelen koordinering var høyere for dem som hadde blitt fulgt opp over kortere tid. I tillegg er det viktig å minne om at pasientene mottok tjenester fra andre enn ROP Vestfold, noe som ikke er kartlagt i denne evalueringen.

5.7 Oppsummering

- ROP-teamet jobbet både som koordinator og behandler.
 - 42 prosent av alle kontakter ble utført sammen med samarbeidspartnere. Dette var i stor grad koordinering.
 - 58 prosent av alle kontakter utførte teamet alene. Dette var i større grad behandling.
- Innholdet i tjenestene fra teamet varierte:
 - Koordinering av behandling: 47 prosent. Behandling: 40 prosent
- ROP Vestfold som samhandlingsteam jobbet er i all hovedsak pasientrelatert.
 - Det store flertallet av kontakter med samarbeidspartnere dreide seg om enkeltpasienter.
 - Teamet hadde 104 møter med samarbeidsaktører som ikke var direkte pasientrelatert.
- Teamet jobbet ulikt med ulike grupper av pasienter.
 - 118 pasienter har fått tjenester fra ROP Vestfold i løpet av toårsperioden (langt flere enn antall pasienter innskrevet i teamet).
 - En tredjedel av pasientene har fått tjenester kontinuerlig i to år, og tett oppfølging fra teamet.
 - En tredjedel av pasientene har hatt tre eller færre kontakter med teamet, teamet jobbet med å tilrettelegge oppfølging fra de ordinære tjenestene.
- ROP Vestfold jobbet oppsøkende.
 - Den direkte pasientkontakten foregikk lokalt, ute hos pasient eller i nærmiljøet. Teamet hadde ikke kontorkonsultasjoner.
- Omfang og hyppighet for tjenestene
 - 100 pasientrelaterte kontakter i gjennomsnitt per uke fra teamet, halvparten telefonkontakter
 - To kontakter per uke for pasienter som har fått tjenester fra teamet i to år.

5.8 Sammenligning med ACT-teamene

Det er flere likhetstrekk mellom tjenester fra ACT-teamene og ROP Vestfold, for eksempel jobbes det i begge modellene aktivt oppsøkende i brukernes hjem og nærmiljø med nærmest ingen kontorkonsultasjoner. Det er også vesentlige forskjeller ved innholdet i tjenestene. ROP-teamet hadde mer rusbehandling enn ACT-teamene, og det hadde ingen medisinoppfølging. ACT-teamene hadde omfattende medisinoppfølging, men langt mindre rusbehandling. ROP-teamet hadde mer planlegging av behandling, koordinering med andre tjenester og veiledning enn ACT-teamene hadde. ACT-teamene hadde mer praktisk og sosial oppfølging enn ROP-teamet (Landheim et al 2014).

Sammenlignet med ACT skjedde en langt større andel av arbeidet i ROP-teamet i samarbeid med andre tjenester. Mer enn en tredjedel av ROP-teamets kontakter som direkte angikk pasientene, skjedde i samarbeid med andre tjenesteytere, mens det gjaldt 13 prosent av kontaktene i ACT-teamene. Teamene hadde ulik profil for hvem de samarbeidet med. ROP-teamet hadde en langt større andel av sin samhandling med kommunale rus- og psykiatritjenester enn ACT-teamene hadde. ROP-teamet hadde også en langt større andel kontakter med rusbehandling i spesialisthelsetjenesten enn ACT-teamene hadde. ACT-teamene hadde på sin side en større andel kontakter med døgnavdelinger enn ROP-teamet hadde, og en større andel kontakter med fastleger og NAV enn det ROP-teamet hadde (Landheim et al 2014).

6. Hvordan har det gått med pasientene 24 måneder etter inntak?

Et sentralt spørsmål i evalueringen har vært om pasientene har fått en bedre situasjon ved oppfølging og behandling fra ROP-teamet i løpet av en toårsperiode. ROP-teamet har kartlagt pasientene med de samme utredningsverktøyene ved inntak og etter 24 måneder. For mer informasjon se metodekapitlet. I ROP-teamets *første driftsår* ble det inkludert 47 pasienter i teamet. Av disse fikk vi samtykke fra 27 til å følge dem opp i en periode på to år. Det er innhentet opplysninger om 25 pasienter fra situasjonen både ved inntak og etter 24 måneder.

Vi vil i dette kapitlet presentere om disse pasientene som gav samtykke har fått et bedret forløp når det gjelder hovedbeskjeftigelse, hovedinntektskilde, bosituasjon, kriminalitet, underlagt tvungent psykisk helsevern utenfor døgn, bruk av rusmidler, symptombelastning, funksjonsnivå og livskvalitet. I de ulike tabellene er det ikke alltid 25 som har svart på alle spørsmålene, og derfor vil antallet variere noe. Vi har valgt å presentere resultatene både i absolutte tall og i prosent eller gjennomsnittsmål. Vi har et lite utvalg (N=25), og når vi skal beregne om forskjeller mellom inntak og 24 måneder etter inntak er signifikant, er det en fare for at de blir ikke-signifikante på grunn av det lave antallet. Der signifikansnivået er i nærheten av 0,05 beskriver vi forskjellene som en tendens.

6.1 Hovedbeskjeftigelse, hovedinntekt og bosituasjon ved inntak og 24 måneder etter inntak

I tabellene under vil vi presentere eventuelle endringer i hovedbeskjeftigelse, hovedinntekt og bosituasjon ved inntak og etter 24 måneder i teamet.

Tabell 6.1 Hovedbeskjeftigelse ved inntak og etter 24 måneder. I prosent og (antall).

	Inntak	24 mnd	P-verdi
Uten arbeid	72 (18)	84 (21)	
I ordinært arbeid	-	-	
Vernet arbeid/arbeidsrettede tiltak/kvalifiseringstiltak/utdanning	12 (3)	4 (1)	
Annet*	16 (4)	12 (3)	
Totalt	100 (25)	100 (25)	ns

*Annet: fengsel, på sykehus eller i institusjon

Når det gjelder hovedbeskjeftigelse er det ingen vesentlig endring fra inntak og 24 måneder etter. Ingen pasienter var i ordinært arbeid verken ved inntak eller 24 måneder etter inntak. Det er også få som var i en eller annen form for arbeidsrettet aktivitet.

Tabell 6.2 Hovedinntektskilde ved inntak og etter 24 måneder. I prosent og (antall).

	Inntak	24 mnd	P-verdi
Uføretrygd	21 (5)	42 (10)	
Sosialhjelp	21 (5)	13 (3)	
Arbeidsavklaringspenger	54 (13)	46 (11)	
Dagpenger	4 (1)	-	
Totalt	100 (24)	100 (24)	0,02

Det var signifikant flere pasienter som hadde uføretrygd som hovedinntektskilde to år etter inntak i teamet enn ved inntak. Det var noen færre som hadde sosialhjelp eller arbeidsavklaringspenger som hovedinntektskilde ved oppfølgingstidspunktet. Den viktigste inntektskilden for pasienter i ROP-teamet var arbeidsavklaringspenger og uføretrygd 24 måneder etter inntak.

Tabell 6.3 Bosituasjon ved inntak og etter 24 måneder. I prosent og (antall).

	Inntak	24 mnd	P-verdi
Uten fast bolig/midlertidig bolig	50 (12)	8 (2)	
Kommunal bolig	36 (9)	60 (15)	
Privat bolig	16 (4)	24 (6)	
Annet	-	8 (2)	
Totalt	100 (25)	100 (25)	0,09

*Annet: fengsel, hos kjæreste, bemannet bolig, og bofellesskap for rusmiddelmissbrukere.

Det var 12 personer uten fast bopel ved inntak i teamet, mens etter 24 måneder var det kun to personer uten fast bopel. Flere hadde fått kommunal bolig. Det er små tall og forskjellen er på grensen til signifikant. Oversikten viser imidlertid ikke kvaliteten på boligen og boforholdene til den enkelte bruker. Vi har derfor spurt behandlerne om kvaliteten på boligen og boforholdene ved inntak og 24 måneder etter inntak i teamet. Ved inntak vurderte behandlerne at 68 prosent av pasientene hadde en dårlig eller svært dårlig bosituasjon, mens ved kartlegging 24 måneder etter inntak vurderte de at 4 prosent hadde en dårlig eller svært dårlig bolig. Behandlerne vurderte at 83 prosent av pasientene hadde en bra eller svært bra bolig og boligsituasjon 24 måneder etter inntak i ROP-teamet, sammenlignet med 16 prosent ved inntak. I tillegg oppga behandlerne at omtrent 15 prosent av pasientene hadde bolig som var verken dårlig eller bra ved begge tidspunktene.

Tabell 6.4 Straffbare forhold ved inntak og etter 24 måneder. Antall. N=25.

	Inntak	24 mnd
Tiltalt eller dømt for straffbare forhold	11	9
Kjøring i påvirket tilstand	5	2
Besittelse og salg av stoff	8	5
Vinningsforbrytelser	5	1
Vold	7	3
Gateuro	6	4
Annet	4	2

Tabellen over gir en oversikt over antallet straffbare forhold ved inntak og 24 måneder etter inntak. Vi ser at det var en nedgang i alle former for straffbare forhold når vi sammenligner tall fra inntak og 24 måneder etter inntak. Forskjellene er ikke signifikante.

6.2 Symptombelastning og funksjonsnivå målt med GAF ved inntak og etter 24 måneder

Pasientenes psykiske symptombelastning og funksjonsnivå ved inntak i ROP-teamet og 24 måneder etter inntak er kartlagt med Global Assessment of Functioning (GAF). GAF har én skår for alvorlighetsgrad av symptomer og én for funksjonsnivå. Skalaen går fra 1 til 100 og jo lavere skår, desto høyere alvorlighetsgrad.

I tabellen nedenfor vises gjennomsnittlig GAF-S og GAF-F skår slik situasjonen var for pasientene uka før inntak i ROP-teamet og 24 måneder etter inntak.

Tabell 6.5 GAF-skår ved inntak og etter 24 måneder. Gjennomsnitt. N=25.

GAF-skala splittet versjon	Inntak	24 mnd	P-verdi
GAF-symptom	43	51	0,05
GAF-funksjon	39	45	0,09

Det var en signifikant økning i GAF-skåren når det gjaldt symptomer 24 måneder etter inntak sammenlignet med skårene ved inntak (43-51). Dette indikerer en bedring når det gjaldt symptombelastning. Når det gjelder GAF-funksjon var det også en økning, men denne var ikke signifikant, selv om det er en tendens. Det er imidlertid viktig å understreke at skårene fortsatt er på et lavt nivå, og de viser at det er snakk om en pasientgruppe med alvorlige symptomer og med et funksjonsnivå som ligger i området for større funksjonssvikt innen flere områder.

6.3 Praktisk og sosial fungering målt med PSF ved inntak og etter 24 måneder

I tillegg til GAF har teamet kartlagt praktisk og sosial fungering ved hjelp av verktøyet Praktisk og sosial fungering (PSF). PSF består av fem subskalaer for praktisk fungering og fem subskalaer for sosial fungering. Det er behandler som skal vurdere pasienten ut fra de ti subskalaene.

Skårene for hver subskala varierer fra 0 til 10, mens de to delområdene praktisk og sosial fungering er mellom 0 og 50. Høyere skåre indikerer høyere fungering.

Tabell 6.6 Praktisk og sosial fungering (PSF) ved inntak og etter 24 måneder. Gjennomsnitt.

	Inntak	24 mnd	P-verdi
Skår praktisk fungering (N=24)	29,0	36,0	0,01
Egen helse (N=24)	4,0	5,5	0,04
Personlig hygiene (N=24)	7,5	8,4	ns
Matlaging (N=24)	5,7	8,3	0,01
Egne eiendeler (N=24)	7,0	8,0	ns
Økonomistyring (N=24)	4,8	5,6	ns
Skår sosial fungering (N=24)	25,5	29,0	0,09
Bruk av transport (N=24)	4,8	5,3	ns
Kontakt med andre (N=24)	6,1	6,4	ns
Atferd ved samtaler (N=24)	6,7	8,1	0,02
Arbeidsevne (N=24)	5,2	5,9	ns
Fritidsaktiviteter (N=24)	2,2	3,0	ns
Totalskår (N=24)	54,0	64,4	0,02

Det var signifikante endringer fra inntak og 24 måneder etter når det gjaldt totalskår på praktisk fungering, og på delskårene for egen helse og matlaging. Det var også en signifikant endring fra inntak og 24 måneder etter på delskåren atferd ved samtaler, og en tendens til endring på totalskåren sosial fungering. Vi finner også en signifikant endring på totalskåren for både praktisk og sosial fungering. Endringene som er signifikante går i retning av bedre fungering på de aktuelle områdene. Den laveste skåren under subskalaen praktisk fungering er egen helse, noe som betyr at pasienten skårer lavt på det å ha en vanlig sunn livsførsel, gjøre avtaler med lege med mer, administrere egen medisiner og vise egenomsorg ved sykdom. Det er også lav skår på økonomistyring. Når det gjaldt sosial fungering, har fritidsaktiviteter den laveste skåren, noe som innebærer liten sosial aktivitet og få fritidsinteresser/hobbyer.

6.4 Psykiatriske symptomer målt med BPRS

Ved inntak og 24 måneder etter inntak skåret teamene forekomst og alvorlighetsgrad av psykiatriske symptomer hos pasientene ved hjelp av Brief Psychiatric Rating Scale (BPPRS). Skåringskalaen er en 7-trinnskala der skåren 1 betyr at symptomet ikke er til stede, mens skåren 7 betyr at symptomet er svært alvorlig til stede.

I tabellen under har vi gjengitt prosentvis andel av pasientene som skåret 5 eller høyere på de ulike faktorene, og på hver enkelt symptomskala i BPRS. Det vil si den andel pasienter som har det aktuelle symptomet i moderat alvorlig til svært alvorlig grad.

Tabell 6.7 Andel pasienter som har moderat alvorlige til svært alvorlige symptomer målt ved inntak og etter 24 måneder. I prosent.

BPRS-skalaer	Inntak	24 mnd	P-verdi
<i>Positive symptomer</i>			
9. Mistenksomhet (N=24)	21	20	ns
10. Hallusinasjoner (N=24)	21	8	ns
11. Uvanlig tankeinnhold (N=23)	13	13	ns
12. Avvikende atferd (N=24)	8	12	ns
14. Desorientering (N=24)	-	-	-
<i>Negative symptomer</i>			
13. Manglende egenomsorg (N=24)	8	8	ns
16. Avflatet affekt (N=24)	8	4	ns
17. Emosjonell tilbaketrekning (N=24)	-	-	-
18. Motorisk retardasjon (N=24)	4	0	ns
<i>Manisk oppstemthet</i>			
6. Fiendtlighet (N=24)	33	28	ns
7. Oppstemthet (N=24)	4	4	ns
8. Storhetsideer (N=24)	4	4	ns
21. Reaktivitet (N=24)	12,5	4	ns
22. Distraherbarhet (N=24)	4	8	ns
23. Motorisk hyperaktivitet (N=24)	4	4	ns
<i>Angst/depressive symptomer</i>			
2. Angst (N=23)	33	21	0,06

3. Depresjon (N=24)	29	12	0,12
4. Selvmordsfare (N=24)	8	4	ns
5. Skyldfølelse (N=24)	13	8	ns
<i>Øvrige symptomer</i>			
1. Somatisk bekymring (N=24)	17	16	ns
15. Tankeforstyrrelser (N=24)	4	4	ns
19. Spenninger (N=24)	25	4	ns
20. Manglende samarbeidsvilje (N=24)	13	-	ns
24. Uvanlig motorisk aktivitet (N=24)	-	1	ns
*BPRS totalt (N=23)	74	68	ns
*Moderat alvorlig til svært alvorlig på minst én symptomskala			

Tabellen over viser stort sett ingen signifikante forskjeller i delskårer på BPRS fra inntak og 24 måneder etter inntak. Vi finner en tendens til bedring fra inntak og etter 24 måneder når det gjelder symptomer på angst (p-verdi: 0,06) og depresjon (p-verdi: 0,12).

6.5 Rusproblemer ved inntak og etter 24 måneder i teamet

Bruk av rusmidler har blitt kartlagt ved at pasienten enten alene eller sammen med behandler har fylt ut kartleggingskjemaene AUDIT og Dudit. Tabellen under viser andelen pasienter som har skåret over cut-off på AUDIT og/eller Dudit, og gjennomsnittsskår på AUDIT og Dudit for de som skåret over cut-off. AUDIT er et verktøy som kartlegger problemfylt bruk av alkohol siste 12 måneder. Dudit kartlegger problemfylt bruk av illegale stoffer og medikamenter siste 12 måneder. AUDIT har en skala fra 0-40, mens Dudit har en skala fra 0-44. Jo høyere skår, desto mer alvorlige problemer med rusmidler.

Tabell 6.8 Andel pasienter med problemfylt bruk av rusmidler ved inntak og etter 24 måneder. I prosent.

	Inntak	24 mnd	P-verdi
Problemfylt bruk av illegale stoffer (Dudit), N=24	96	72	0,03
Gjennomsnittsskår Dudit, N=18	33	23	0,001
Problemfylt bruk av alkohol (AUDIT), N=25	33	40	ns
Gjennomsnittsskår AUDIT, N=10	14	16	ns
Problemfylt bruk av rusmidler (AUDIT og Dudit) (N=23)	100	92	ns

Det var ingen vesentlig nedgang i andelen pasienter som hadde problemfylt bruk av rusmidler fra inntak og etter 24 måneder (100 %-92%). Det var to personer som ikke lenger skåret over cut-off på AUDIT eller Dudit. Det er imidlertid en signifikant nedgang i andelen personer som skåret over cut-off på Dudit. Vi fant også en signifikant nedgang i gjennomsnittsskåren på Dudit for dem som fortsatt hadde problemfylt bruk av illegale stoffer 24 måneder etter inntak (33-23). Vi fant ingen nedgang i skåren på AUDIT for dem som skåret over cut-off 24 måneder etter inntak. Skåren var imidlertid lav både ved inntak og 24 måneder etter inntak når det gjaldt bruk av alkohol.

6.6 Andel med tvangsvedtak ved inntak og etter 24 måneder

Tabell 6.9 Pasienter på TUD ved inntak og etter 24 måneder. I prosent og (antall). N=25.

	Inntak	24 mnd	P-verdi
Tvungent psykisk helsevern	24 (6)	17 (4)	ns

Ved inntak i ROP-teamet var det 6 personer som hadde vedtak om TUD. I løpet av en toårsperiode ble vedtaket opphevet for to av dem.

Tabell 6.10 Andel med økonomisk forvaltning og hjelpeverge ved inntak og etter 24 måneder. I prosent og (antall). N=25.

	Inntak	24 mnd	P-verdi
Ikke økonomisk forvaltning	68 (17)	72 (18)	
Frivillig økonomisk forvaltning	32 (8)	20 (5)	
Tvungen økonomisk forvaltning	0	8 (2)	
Totalt	100 (25)	100 (25)	ns

Som vi ser av tabellen over var det små endringer fra inntak og 24 måneder etter inntak. Det var to pasienter som hadde fått tvungen økonomisk forvaltning 24 måneder etter inntak. De fleste hadde ikke økonomisk forvaltning, verken ved inntak eller etter 24 måneder. Forskjellen mellom de to tidspunktene er ikke signifikant.

6.7 Livskvalitet ved inntak og etter 24 måneder (MANSA)

Livskvalitet ble kartlagt hos pasientene for situasjonen siste fire uker før inntak og 24 måneder etter inntak i ROP-teamet med bruk av Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). Pasienten skulle selv fylle ut skjemaet eller svare på spørsmålene sammen med behandler. MANSA kartlegger brukerens opplevelse av egen livskvalitet. Skjemaet består av 16 utsagn som er skalert fra 1 til 7, der 1 er veldig misfornøyd og 7 er veldig fornøyd. I tabellen under ser vi gjennomsnittsskår for alle subskalaene, og den gjennomsnittlige totalskåren ved inntak og etter 24 måneder.

Tabell 6.11 Livskvalitet (MANSA) ved inntak og etter 24 måneder. Gjennomsnitt. N=25.

	Inntak	24 mnd	P-verdi
1. Livet samlet sett (N=24)	3,5	4,2	0,05
2. Arbeid / daglig virksomhet eller ikke å ha arbeid / være pensjonert (N=24)	2,8	4,1	0,01
3. Utdanningen (N=23)	3,3	3,5	ns
4. Økonomien (N=24)	2,9	3,2	ns
7. Antall venner (N=24)	4,0	4,1	ns
8. Forholdet til vennene (N=24)	4,0	4,3	ns
9. Fritiden (N=24)	3,0	3,8	0,06
10. Boligen (N=24)	3,4	5,0	0,01
11. Området/nabolaget (N=24)	3,6	5,0	0,02
12. Personlig trygghet (N=24)	3,6	5,0	0,01
13. Dem du bor sammen med eller å bo alene (N=24)	4,2	5,1	0,12
14. Forhold til ektefelle/partner eller å ikke ha ektefelle/partner (N=23)	4,0	4,5	ns
15. Seksuallivet (N=24)	3,6	4,0	ns
16. Forholdet til familien (N=24)	4,1	4,9	0,07
17. Fysisk helse (N=24)	2,9	3,9	0,01
18. Psykisk helse (N=24)	3,5	4,5	0,01
Total gjennomsnittsskår MANSA (N=23)	3,5	4,3	0,01

Når det gjelder livskvalitet var pasientene mer fornøyd med livet samlet sett 24 måneder etter inntak i teamet sammenlignet med situasjonen ved inntak. De var også mer fornøyd med daglig aktivitet, boligen, nabolaget og området de bor i, personlig trygghet, fysisk og psykisk helse 24 måneder etter inntak i teamet. På disse områdene var forskjellen ved inntak og 24 måneder etter inntak signifikant. Det var en tendens til høyere skår 24 måneder etter inntak når det gjaldt

forholdet til familien. Når det gjelder de andre områdene var det ingen signifikant forskjell i fornøydhet med livet fra inntak og 24 måneder etter.

Når vi har undersøkt om pasientene har oppnådd bedring i en tidsperiode på to år, er dette kort tid. For en pasientgruppe som i utgangspunktet har en høy symptombelastning, som er avhengighet av rusmidler, som har et lavt funksjonsnivå, og som i tillegg ikke har klart å nyttiggjøre seg behandling fra ordinære tjenester, må dette betraktes som vesentlig bedring på flere og viktige områder i livet etter kun to års oppfølging. Det er imidlertid viktig å kommentere at denne pasientundersøkelsen ikke har en kontrollgruppe, og vi kan derfor ikke med sikkerhet si at forskjellen fra inntak og 24 måneder etter inntak skyldes behandling og oppfølging fra ROP-teamet.

6.8 Oppsummering

Pasientene viste en bedring på følgende områder fra inntak i teamet og påfølgende 24 måneder:

- Bedre bosituasjon (12-2- uten fast bopel)
- Flere med uføretrygd som hovedinntektskilde (21%-42%)
- Nedgang i problemfylt bruk av illegale rusmidler (96%-72%)
- Lavere skår på Dudit for de som skåret over cut-off (Gj.snitt:33-23)
- Lavere symptombelastning målt med GAF-S (Gj.snitt:43 - 51)
- Bedring når det gjaldt alvorlige symptomer på angst, og en tendens til bedring når det gjaldt depresjon (BPRS)
- Tendens til høyere funksjonsnivå målt med GAF-F (Gj.snitt:39-45)
- Bedring i PSF (totalskår praktisk og sosial fungering, egen helse, matlaging, atferd ved samtaler)
- Høyere livskvalitet på flere områder (MANSA):
 - Livet samlet sett
 - Daglige aktiviteter
 - Bolig
 - Nabolaget
 - Personlig trygghet
 - Fysisk helse
 - Psykisk helse
 - Totalskår

7. Innleggelser i psykisk helsevern og TSB etter inntak i ROP-teamet

Dette kapitlet beskriver omfanget av døgnopphold i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige (TSB) gjennom fire år for de 42 pasientene som har vært fulgt opp av ROP-teamet i minst 24 måneder. Totalt sett var det 47 personer som ble inkludert i ROP-teamet det første driftsåret. Fem personer har av ulike grunner falt fra underveis, og har ikke vært i teamet i to år. Vi sammenligner de to siste årene før pasienten fikk kontakt med teamet, og de to første årene pasienten ble fulgt opp av teamet. Opplysningene er innhentet av teamet fra det lokale journalsystemet, og de er overlevert i anonymisert form til evalueringsteamet for de pasientene som ikke har samtykket i å delta i evalueringen. Innleggelser i psykisk helsevern gjelder både ved sykehusavdelinger og sengeposter ved DPS.

Det første avsnittet (7.1) handler om antall pasienter som ble innlagt i psykisk helsevern og TSB i løpet av fireårsperioden. I underkapittel 7.2 og 7.3 presenteres data om antall innleggelser og antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern, mens underkapittel 7.4 omhandler formalitet ved innleggelser og antall oppholdsdøgn på tvang i psykisk helsevern i løpet av den aktuelle fireårsperioden. Underkapittel 7.5 omhandler innleggelser og oppholdsdøgn i TSB.

7.1 Pasienter innlagt i psykisk helsevern og TSB før og etter inntak i ROP-teamet

Tabellen under viser hvor mange pasienter som var innlagt i psykisk helsevern og TSB før og etter inntak i ROP-teamet. Innleggelser i TSB **omhandler ikke opphold ved andre institusjoner i TSB utenfor Sykehuset Vestfold.**

Tabell 7.1 Antall personer innlagt i psykisk helsevern og TSB før og etter inntak i ROP-teamet. N=42.

Antall personer	Siste to år før inntak	Første to år etter inntak
Innlagt psykisk helsevern	29 (69%)	25 (60%)
Innlagt i TSB	18 (43%)	22 (52%)

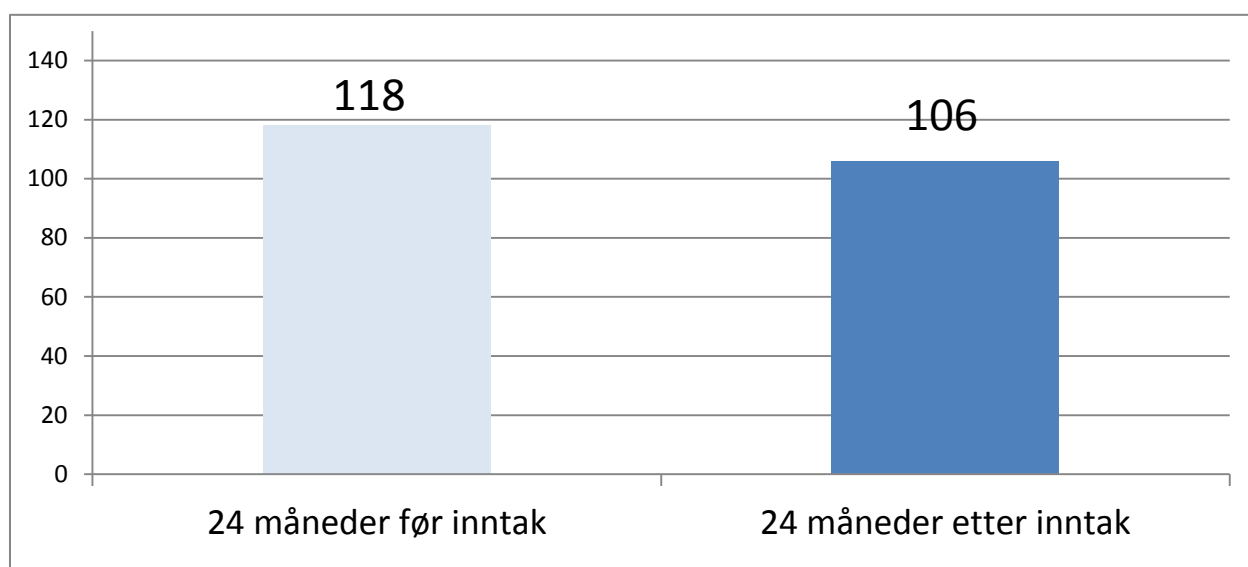
Tabell 7.1 viser at det var noen flere som var innlagt i psykisk helsevern i toårsperioden før inntak i ROP-teamet enn i perioden etter inntak. Denne forskjellen er imidlertid ikke statistisk signifikant. Omtrent halvparten hadde vært innlagt i TSB både før og etter inntak i ROP-teamet, og med en liten økning fra inntak og påfølgende to år. Ti personer var ikke innlagt i psykisk helsevern i løpet av denne fireårsperioden. **Med ett unntak har samtlige (n=42) som ble inkludert i ROP-teamet**

det første året vært innlagt i enten psykisk helsevern eller TSB. 31 personer var innlagt i psykisk helsevern i perioden, mens 25 personer var innlagt i TSB i fireårsperioden.

7.2 Antall innleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i ROP-teamet

I dette avsnittet presenteres antall innleggelser i psykisk helsevern i toårsperioden før og etter inntak i ROP-teamet. Figuren under viser det totale antallet innleggelser 24 måneder før inntak i ROP-teamet og fra inntak og påfølgende 24 måneder.

Figur 7.1 Antall innleggelser i psykisk helsevern før (n=29) og etter inntak (n=25) i ROP-teamet.

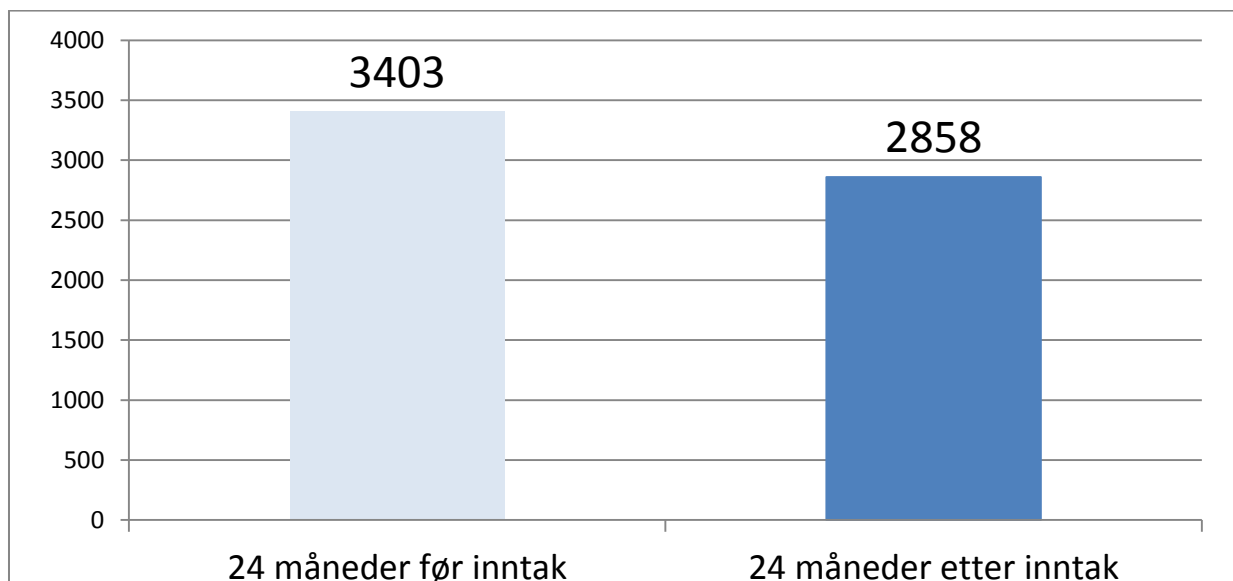


Antall innleggelser i psykisk helsevern var høyere i toårsperioden før inntak i ROP-teamet enn i toårsperioden etter. Det var altså ingen vesentlig endring i antallet innleggelser. Ser vi på de pasientene som faktisk var innlagt i hver periode, tilsvarer dette i gjennomsnitt fire innleggelser før og fire innleggelser etter inntak i ROP-teamet.

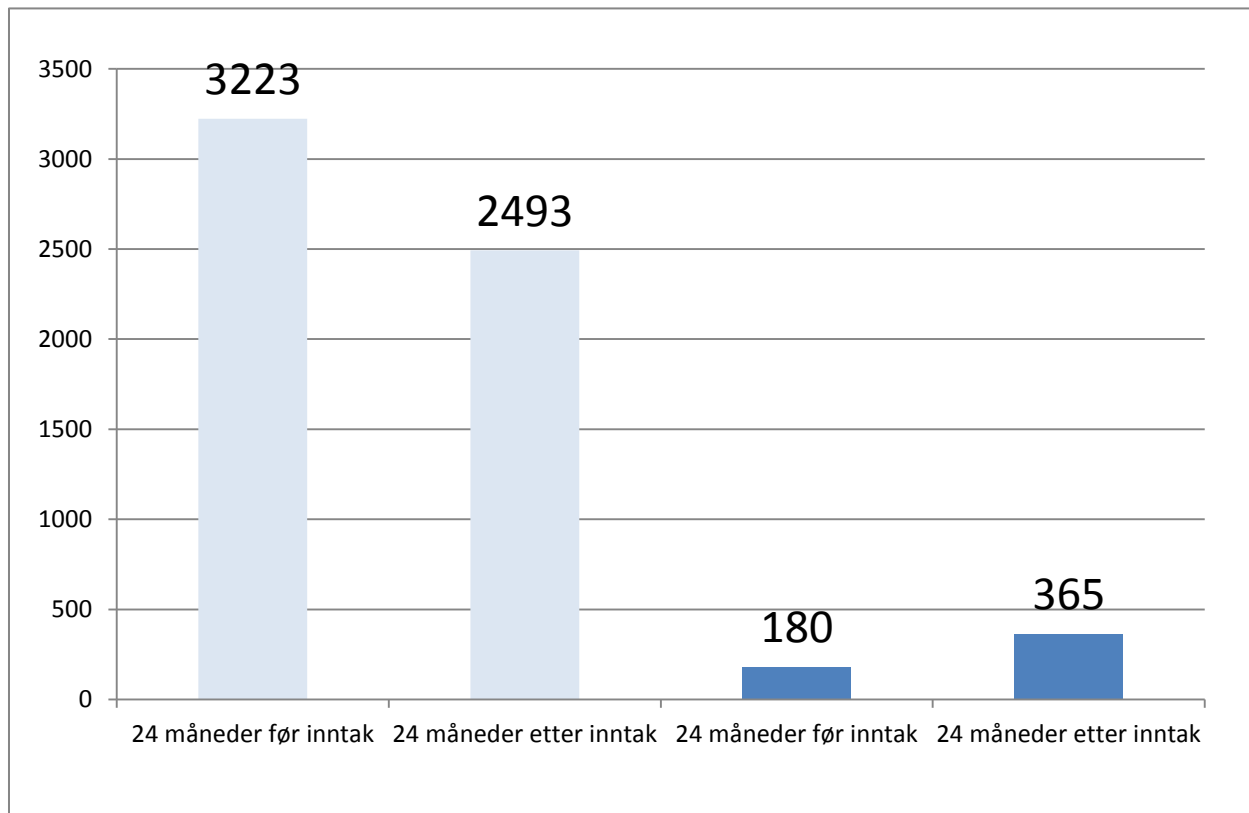
7.3 Oppholdsdøgn i psykisk helsevern før og etter inntak i ROP-teamet

Figurene under viser *antallet oppholdsdøgn totalt og i gjennomsnitt* i psykisk helsevern i løpet av toårsperioden før og etter inntak i ROP-teamet. Oversikten gjelder innleggelser både i sykehusavdelinger og ved DPS.

Figur 7.2 Totalt antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern før (n=29) og etter inntak (n=25) i ROP-teamet.

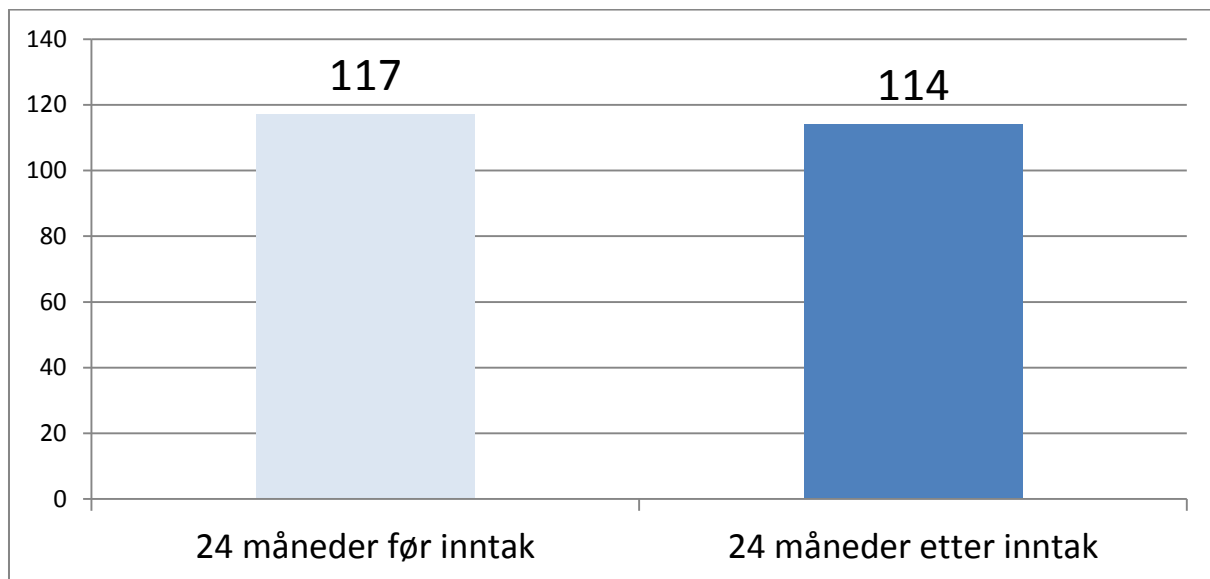


Figur 7.3 Totalt antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern før og etter inntak i ROP-teamet ved sykehusavdelinger (lys blå) og DPS (mørk blå).



Figur 7.2 viser at 29 personer hadde til sammen 3403 oppholdsdøgn i psykisk helsevern i toårsperioden før inklusjon i ROP-teamet. Tre personer var stort sett innlagt i hele perioden (2055 av oppholdsdøgnene). I toårsperioden etter inntak i teamet var det 25 personer som hadde 2858 oppholdsdøgn i psykisk helsevern. Tre personer sto for 1076 av disse oppholdsdøgnene. Det var en nedgang i antallet oppholdsdøgn fra inntak og påfølgende to år sammenlignet med toårsperioden før inntak på 545 oppholdsdøgn (16 %). Forskjellen er ikke signifikante. I figur 7.3 ser vi at nedgangen gjelder døgnopphold ved sykehusavdelinger (3223-2493), mens vi ser en økning i antallet oppholdsdøgn ved DPS etter inntak i ROP-teamet (180-365 oppholdsdøgn).

Figur 7.4 Oppholdsdøgn (gjennomsnitt) i psykisk helsevern før (n=29) og etter inntak (n=25) i ROP-teamet.

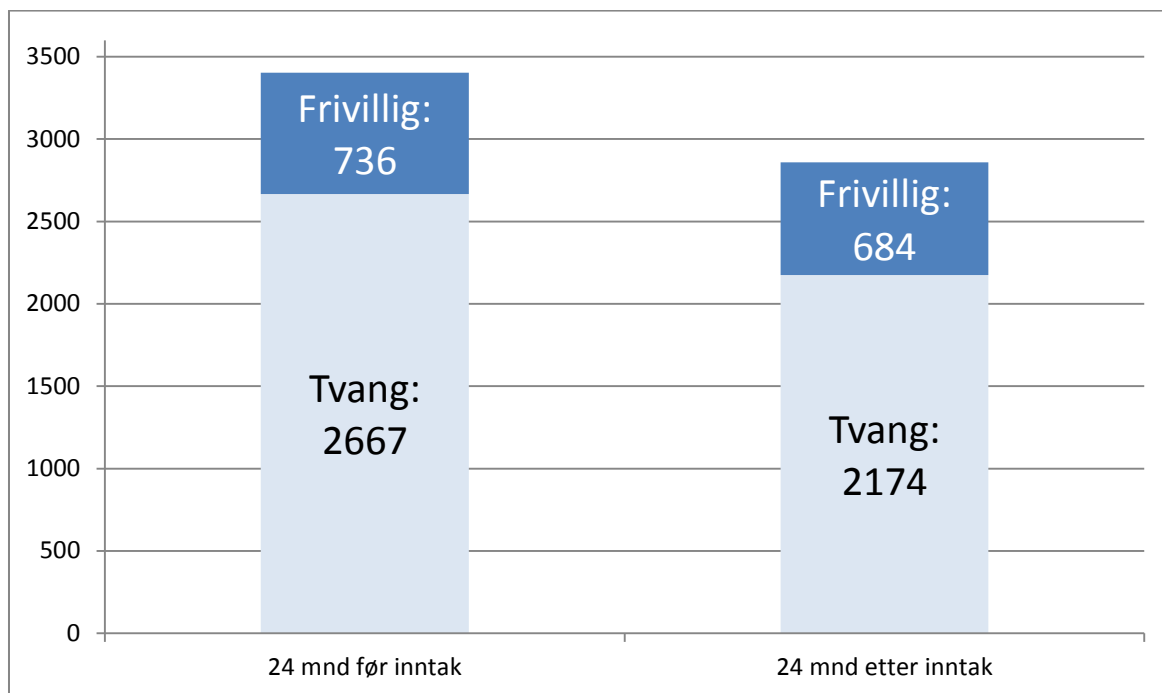


Figur 7.4 viser at det er ingen vesentlig nedgang i gjennomsnittlig lengde på døgnopphold i psykisk helsevern fra toårsperioden før inntak til toårsperioden etter inntak. Gjennomsnittlig lengde på opphold er beregnet for de pasientene som var innlagt i de to periodene. Denne reduksjonen i oppholdsdøgn er ikke statistisk signifikant.

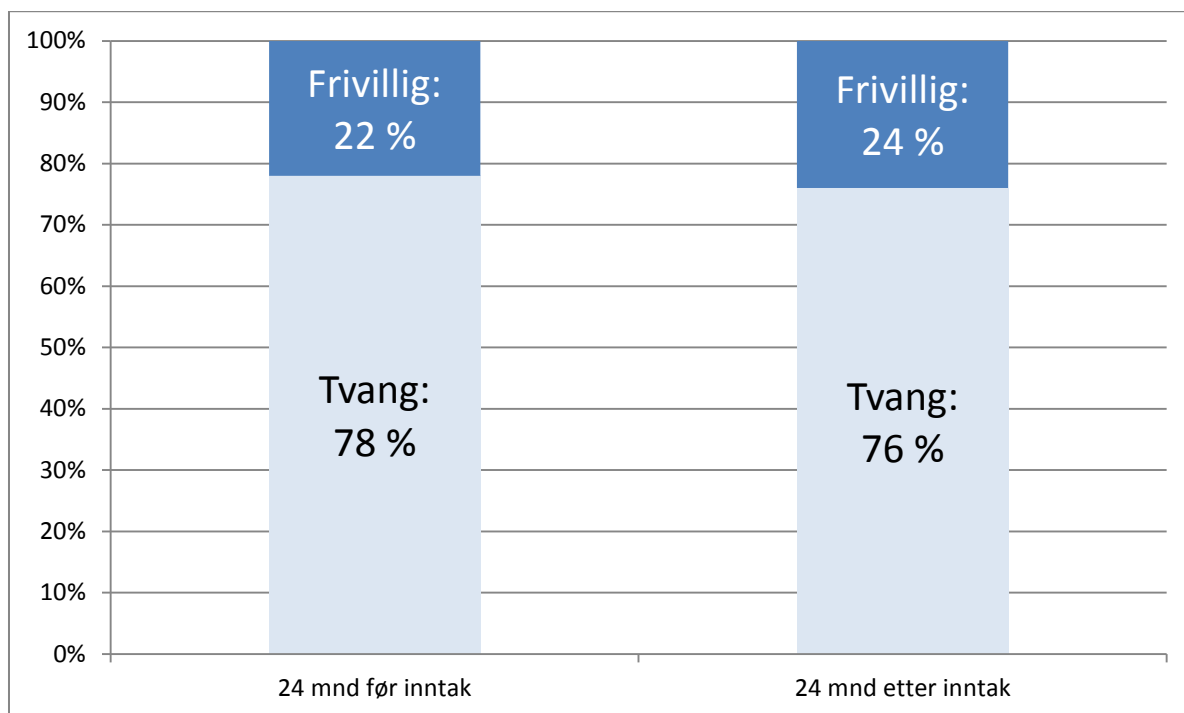
7.4 Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i ROP-teamet

Grad av tvang (formalitet) ved innleggelse i psykisk helsevern er i denne presentasjonen delt inn i to kategorier: frivillig innleggelse og tvungen innleggelse. Figurene under viser antall og prosent av oppholdsdøgnene som var med og uten tvang før og etter inntak i ROP-teamet.

Figur 7.5 Antall oppholdsdøgn på tvang i psykisk helsevern før (n=29) og etter inntak (n=25) i ROP-teamet



Figur 7.6 Formalitet ved oppholdsdøgn i psykisk helsevern før (n=29) og etter inntak (n=25) i ROP-teamet

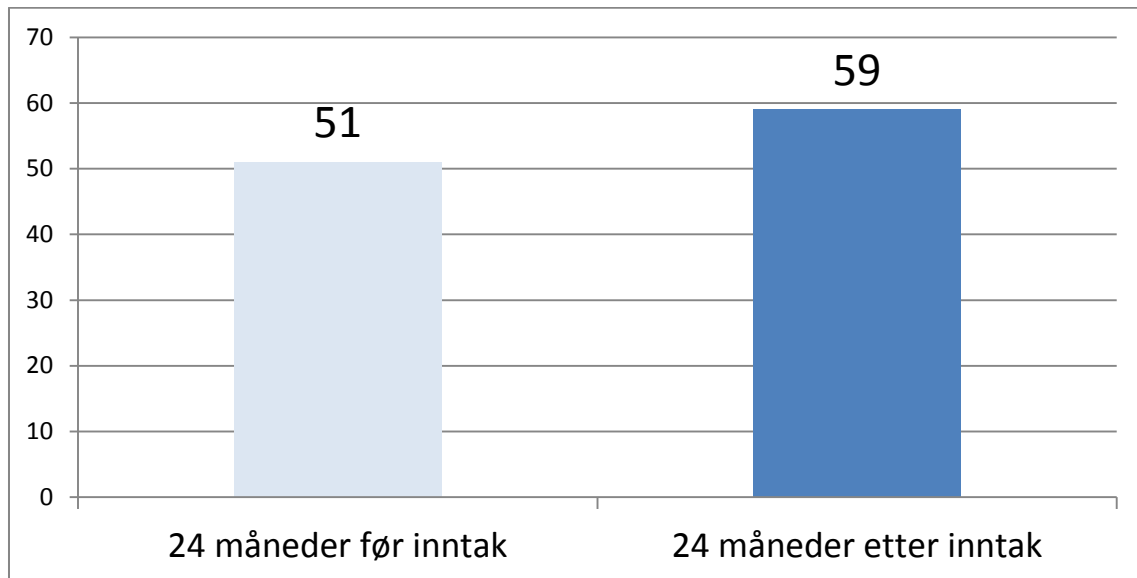


Figurene over viser at i underkant av 80 prosent av oppholdsdøgnene var under tvang i toårsperioden både før og etter inntak i ROP-teamet. Det var en liten reduksjon i antallet oppholdsdøgn under tvang fra før inntak i ROP-teamet sammenlignet med toårsperioden etter inntak. Denne forskjellen er ikke signifikant. Når det gjelder oppholdsdøgn under tvang ved DPS ser vi en økning fra inntak og påfølgende to år sammenlignet med toårsperioden før inklusjon i teamet (104 oppholdsdøgn - 282 oppholdsdøgn).

7.5 Innleggelser og oppholdsdøgn i TSB før og etter inntak i ROP-teamet

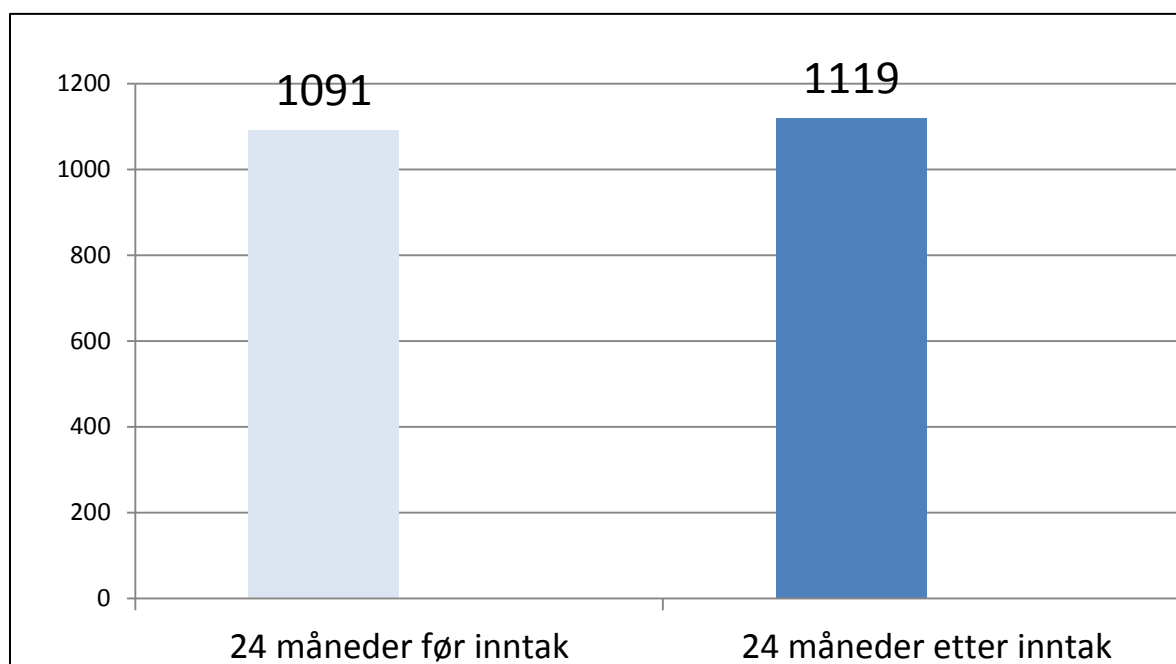
I dette avsnittet presenteres antallet innleggelser og oppholdsdøgn i tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige (TSB). Figuren under viser antallet innleggelser i TSB før og etter inntak i ROP-teamet.

Figur 7.7 Antall innleggelser i TSB før (n=18) og etter inntak (n=22) i ROP-teamet.

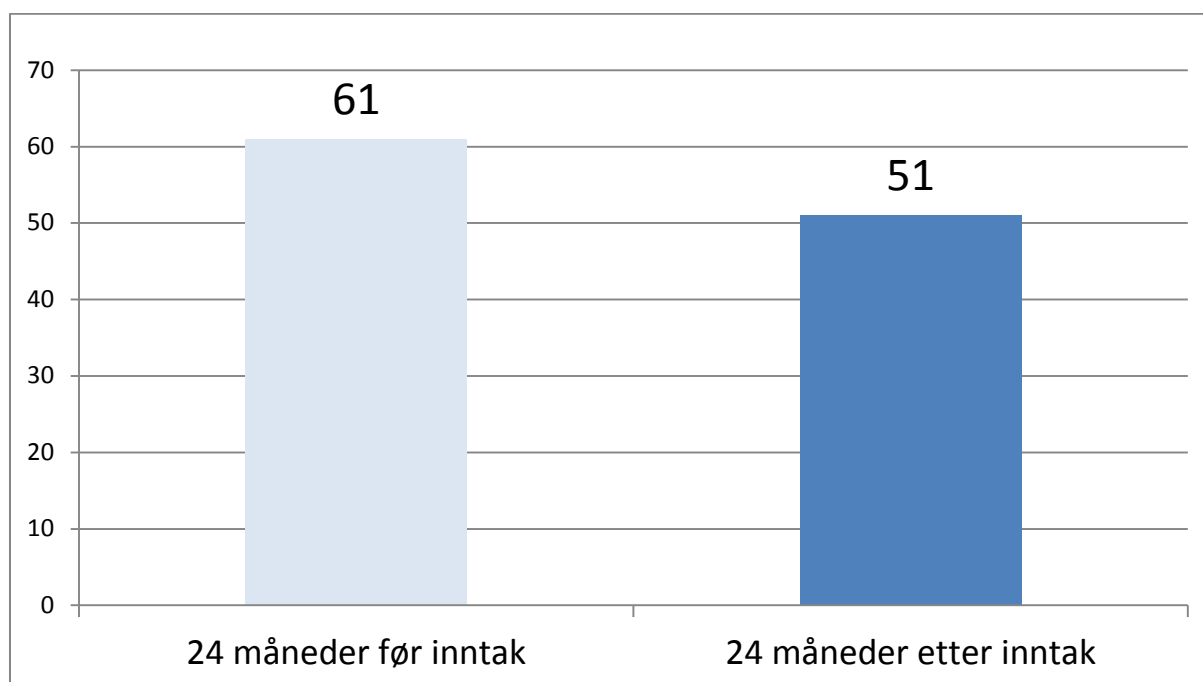


Figur 7.6 viser en liten økning i antallet innleggelser i TSB fra inntak og påfølgende to år sammenlignet med perioden før inntak i teamet. Det var 51 innleggelser før inntak og 59 innleggelser etter inntak. I gjennomsnitt var dette 2,8 innleggelser for 18 personer før inntak og 2,6 innleggelser for 22 personer etter inntak i teamet.

Figur 7.8 Totalt antall oppholdsdøgn i TSB før (n=18) og etter inntak (n=22) i ROP-teamet.

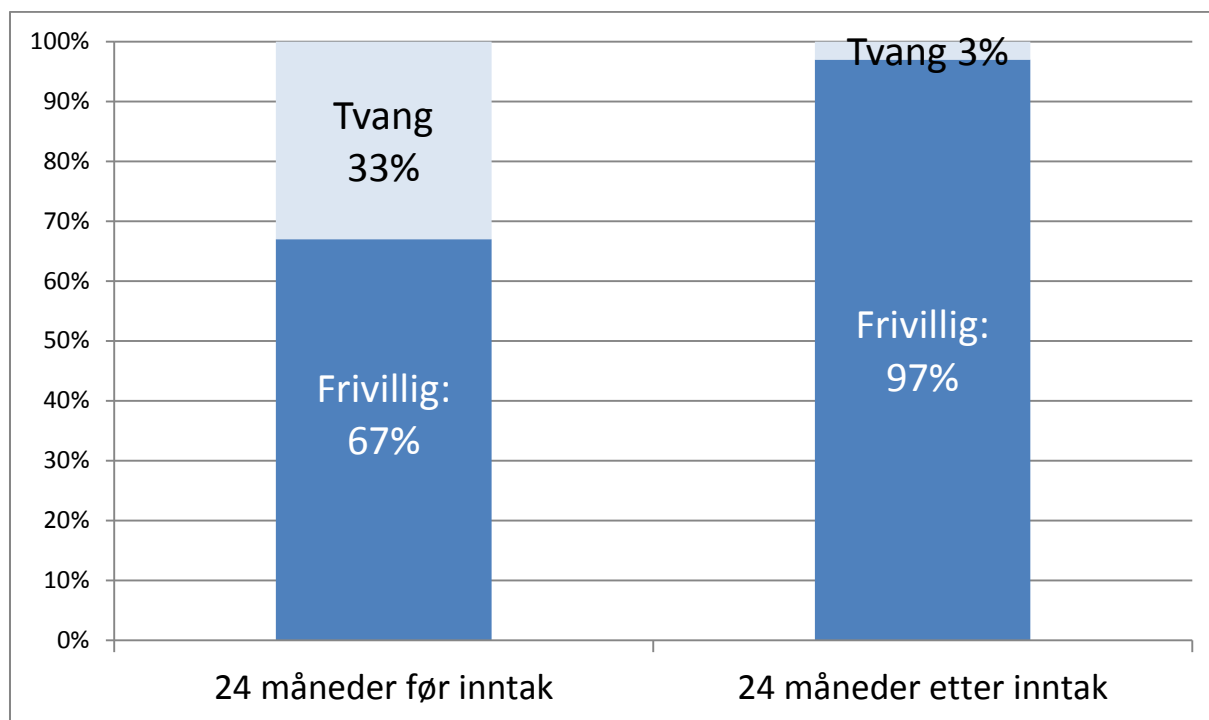


Figur 7.9 Oppholdsdøgn (gjennomsnitt) i TSB før (n=18) og etter inntak (n=22) i ROP-teamet.



Figurene over viser en liten økning i antallet oppholdsdøgn når vi sammenligner tall fra toårsperioden før inntak i teamet med toårsperioden etter inntak. Økningen er ikke signifikant. Det var en nedgang i gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn når vi ser på to år før inntak i teamet sammenlignet med to år etter inntak (gjennomsnitt: 61-51).

Figur 7.10 Formalitet ved innleggelser i TSB før (n=18) og etter inntak (n=22) i ROP-teamet.



Figuren over viser en økning i antallet oppholdsdøgn på frivillig basis fra inntak og påfølgende to år. 24 måneder før inntak i ROP-teamet var 33 prosent av oppholdsdøgnene under tvang, mens etter inntak var det kun 3 prosent av oppholdsdøgnene som var under tvang. Denne forskjellen er statistisk signifikant.

7.6 Oppsummering

Innleggelser og døgnopphold i psykisk helsevern og TSB

- Nesten samtlige pasienter hadde vært innlagt i psykisk helsevern før og etter inklusjon i ROP-teamet.
- Vi finner en liten nedgang i antallet personer som ble innlagt og antallet innleggelser i psykisk helsevern etter inklusjon i ROP-teamet.
- Det er en nedgang i antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern på 545 døgn etter inklusjon i ROP-teamet. Nedgangen er på 16 prosent.
- Pasientene hadde mange oppholdsdøgn under tvang både før og etter inklusjon i ROP-teamet.
- Det er ingen vesentlig nedgang i antallet oppholdsdøgn under tvang etter inklusjon i ROP-teamet.
- De aller fleste oppholdsdøgn i TSB er frivillige innleggelser, og det har vært en nedgang i antallet oppholdsdøgn under tvang fra 33 prosent til 3 prosent etter inntak i ROP-teamet.

8. Kva fortel brukarane om kva som hjelper dei til å få det betre? Ved Elisabeth Kvam

8.1 Introduksjon

«Kva kjenneteiknar betringsprosessane til brukarar med samansette hjelpebehov?» Dette kapitlet gir ein oversikt over framgangsmåte og foreløpige resultat frå ein kvalitativ intervjustudie med eit utval brukarar av ROP Vestfold, leidd av forskingsspørsmålet over. Arbeidet med studien er del av ei hovudoppgåve i psykologi som blir levert ved Universitetet i Oslo hausten 2016, der Hanne Weie Oddli er hovudrettleiar og Anne Landheim er birettleiar. Hovudspørsmålet er breitt, og for å skjerpe fokuset blei det lagt til to underspørsmål tidleg i analysearbeidet:

- 1) *Kva fortel informantane om kva som hjelper dei til å få det betre?*
- 2) *Korleis snakkar informantane om si eige rolle i betringsprosessen?*

Her vil eg gi ein oversikt over resultat frå analysearbeidet så langt som svarer på det første spørsmålet, om kva forhold ved hjelpetenester som hjelper brukarar med samansette hjelpebehov til å få det betre. Før lesaren gir seg i kast med funna, er det viktig å ha klart for seg at arbeidet med hovudoppgåven ikkje er avslutta. Sidan analysearbeidet i kvalitativ forskning pågår fram til siste punktum er skrive, vil funna kunne blir framstilt noko annleis i det ferdigstilte arbeidet. Eg vil også understreke at betringsprosessar er ikkje-lineære og opne prosessar. Kunnskapssynet til grunn for oppgåva er at intervjuar ikkje er direkte rekonstruksjonar av hendingar som har funne stad, men at dei likevel kan vere viktige kjelder til kunnskap om kva som nyttar. Andre deltakarar i prosessane vil kunne skildre dei litt annleis, og dei same informantane ville kanskje framheva andre aspekt om eg hadde intervjuar dei på andre tidspunkt. Når det er sagt, er det ingen tvil om at systematiserte brukararerfaringar utgjer viktig og nokre gongar oversett kunnskap. Av denne grunnen har eg valt å gi sitat frå intervjuar stor plass i presentasjonen av resultatata.

8.2. Rekruttering av informantane

Rekruttering av informantane gjekk føre seg ved at tilsette i ROP Vestfold delte ut eit informasjonsskriv om studien til brukarar som oppfylte følgjande inklusjonskriterie: Personane som blei spurt skulle sjølv oppleve å ha det betre, og måtte ha vore i behandling i ROP i minst to år. Informantane som blei spurt om å delta hadde alt samtykka til å delta i evalueringsstudien av ROP Vestfold. For å sørge for reelt samtykke til den kvalitative intervjustudien understreka dei som rekrutterte at eg har teieplikt overfor ROP Vestfold, og at avgjerda om å delta ikkje ville påverke hjelpa frå teamet. Brukarane som takka ja til å delta, gjorde avtale om tid og stad for intervjuet med tilsette i ROP Vestfold.

Informantane, fire kvinner og fire menn, hadde vore i ROP minst to år. Gjennomsnittleg lengd på kontakten var 29 månadar, og alle unnteken éin var framleis i ROP ved intervjutidspunktet.

Medianalderen til informantane var 34 år. To intervju blei utelatt frå analysene etter drøfting med Landheim og Oddli, basert på ei vurdering av at kvaliteten relativt til dei andre intervju gjorde det sannsynleg at mine analysar ville vere prega av tolkingar utan tilstrekkeleg dekning i materialet (Charmaz, 2014).

8.3 Gjennomføring av intervju

Alle intervju (inkludert to pilotintervju) blei gjennomført av meg, strukturert av ein intervjuguide eg utarbeidde med hjelp frå Landheim og Oddli. Intervjuguiden var inspirert av Robert Elliott sitt *Change Interview* (Elliott, 2011), og inneheldt spørsmål om korleis endring artar seg, informantane sine forklaringar på endring og om forhold som fasiliterer eller hindrar endring. For å plassere samtalen om endring i informantens livsløp og kome forbi generelle betraktningar om endring, opna eg kvart intervju med å spørje om informanten kunne fortelje litt om livet før ROP Vestfold. Tema som framtrådde i tidlege intervju var leiande for gjennomføring av følgjande intervju. Til dømes snakka informantane i pilotintervju om førestillingar om framtida, noko eg valte å følgje opp i seinare intervju.

Intervju varte frå 51 minutt til 1 time og 44 minutt, med ei mediantid på 52 minutt. Fire intervju blei gjennomført heime hjå informantane, medan eitt blei gjort i eit kontor disponert av ROP Vestfold og eit anna på eit dagsenter fordi det passa best for informantane. Intervju blei gjennomført på fire ulike datoar i mars-april 2016. Av praktiske omsyn blei intervju gjennomført over eit kort tidsrom, med to intervju per dag. Dette la føringer for kor mykje eg kunne gjere meg kjend med materialet undervegs.

Alle intervju blei tatt opp med bandopptakar og overført til kryptert minnepenn som blei lagra sikkert i låst skap. Informantane hadde fått eit informasjonsskriv om studien i rekrutteringa, men eg valte likevel å gjennomgå formålet med studien og gangen i intervjuet i forkant av kvart intervju for å sikre reelt informert samtykke (Kvale, 1996). Informantane blei informert om at dei kunne trekkje seg når som helst, og dei fekk epostadressen og telefonnummeret mitt slik at dei kunne kontakte meg i etterhand dersom dei kom på noko meir dei ville seie, eller ønskte å trekkje seg. Mykje av arbeidet til ROP foregår heime hjå informantane, og betringsprosessar er noko som først og fremst finn stad i dagleglivet til folk. Ut frå kjennskap til forskning som viser at folk har lettare tilgang til minne når konteksten for gjenkalling liknar konteksten der minnet blei skapt (Smith & Vela, 2001), ønskte eg å gjennomføre intervju på den arenaen der eg tenkte meg at sentrale endringsprosessar har hend – altså heime hjå informantane.

Transkribering av intervju og framgangsmåte for analysene

Like etter gjennomføring av pilotintervju transkriberte eg desse for å kunne bruke transkripta allereie i diskusjon med rettleiar om intervjuguiden og framgangsmåten i seinare intervju. Eg transkriberte sjølv alle intervju verbatim, og noterte ned idear og tankar eg gjorde meg undervegs for å kunne hente opp desse i seinare stadium av analysen.

For å gjere teksten lett å lese, og samstundes ta vare på særpreg i dialekt og sosiolekt, valte eg å transkribere intervju til ein radikal variant av bokmål, som er målforma som ligg nærast talespråket til samtlege informantar. Fordi ikkje-språklege lydar kan vere meiningsberande for tolkingane mine i analysen, inkluderte eg ikkje-språklege lydar som host og snufs i parentes. Ord og uttrykk som informanten uttalte med vekt, markerte eg med skråskrift. Eg sette mine innspel i parentes (eksempelvis (mhm)) når dei var korte, eller markerte med høvesvis E (intervjuar) og I (informant) ved lengre setningar. Namn på personar, institusjonar og stadar skreiv eg om for å ivareta anonymiteten til informantane og menneska dei snakka om. Informantane blei tildelt tilfeldige bokstavar som erstatta namna deira.

Etter å ha transkribert alle intervju, lytta eg gjennom dei ein andre gong og korrekturlas transkripsjonane for å sørge for at transkripta var ei så god omsetjing av tale til tekst som eg ønskte. Totalt utgjorde transkripsjonane 313 sider. Etter valet om å utelate to intervju, var 259 sider grunnlag for analysen. I arbeidet vidare med datamaterialet etter transkribering, valte eg å ta utgangspunkt i ein konstruktivistisk variant av Grounded theory (Charmaz, 2014). Grounded theory er enkelt sagt namnet på ei rekkje tilnærmingar som søker å forstå fenomen med utgangspunkt i datamateriale framfor teoriar som er bestemte på førehand. For ei meir detaljert utgreiing om metodiske og epistemologiske val, viser eg lesaren til den ferdige hovudoppgåva.

8.4 Resultat

Eg vil i denne delen presentere delar av resultata frå analysen, underbygd av utdrag frå transkripta. Kapitlet vil ta for seg den første hovudkategorien, som omhandlar forhold ved tenesteapparatet som fasiliterer betringsprosessar. Hovudkategori to tek for seg ulike strategiar som informantane nyttar i sitt arbeid med å skape identitetar som gjer betring mogleg. Hovudkategori to vil bli behandla meir utfyllande i hovudoppgåva. Kategoriane er i tråd med forskingsspørsmålet, som dreidde seg om å utforske kva som kjenneteiknar betringsprosessar. Betringsprosessar er kontekstuelle og aktive, og hovudkategoriane som trådde fram speglar at endringane skjer i samspel med omgivnadene, samstundes som enkeltpersonen sin agens er sentral.

Skiljet mellom forhold ved hjelpeapparatet på den eine sida og informantane sine strategiar som inngjekk i betringsprosessen er eit grep for å lage oversikt i presentasjonen av resultata. Eg legg til grunn at både betring og terapi er komplekse prosessar som i det verkelege livet er umogleg å plukke frå kvarandre.

På eit abstraksjonsnivå over hovudkategoriane trådde ein kjernekategori fram som skildrar eit gjennomgåande fenomen i materialet: «Anker i normalitet». Metaforen kastar lys over ein kvalitet som manifesterer seg på ulike måtar i hovud- og underkategoriane.

8.4.1 Kjernekategori: Anker i normalitet

«Anker i normalitet» samanfattar ei rekkje ulike aspekt ved betringsprosessar. Overordna kan ein sjå det frå to sider: Den eine delen av kjernekategorien skildrar det at samspel med tenesteapparatet som gir (for)ankring i normalitet blir opplevd som gode og nyttig. Ein annan del av ankeret i normalitet, dreier seg om at informantane nyttar seg av ulike strategiar for identitetsforhandling som senterer rundt normalitet og idear om normalitet. I det følgjande vil eg utdjupe og illustrere korleis anker i normalitet viser seg i hovudkategori I.

«Normalitet» representerte ofte noko godt; det romma kvalitetar som var ønskverdige, som stabilitet og tryggleik. Resultata frå hovudkategori II vil inkludere ei meir inngåande utforsking av korleis omgrep relatert til normalitet framtrådde i materialet.

8.4.2 Hovudkategori I: Forhold ved tenesteapparatet som fasiliterer betring

Eit framtrådande aspekt ved informantane sine forteljingar om kva som fremjar betring og kva som hindrar betring i møte med hjelpeapparaet, var at god hjelp på ulike måtar legg til rette for, og gir tilgang til, det eg har kalla «anker i normalitet».

8.4.2.1 Ein trygg heim er åstad for betring

Informant E

(...) Jo, nei, det er deilig. Det gir jo ...meg li-litt mer vilje til å ...prøve å endre situasjonen min òg, lissom. For å si det sånn. (mhm) For her har jeg jo ting å gjøre, holdt jeg på å si. Nå skal jo hun lage blomsterbed på utsida, da. Det blir jo ikke så mye lusing og sånn, akkurat i det, da. Men det skal jo vannes og, og ...og holdes på, og det er jo plen som skal rakes og klippes og ... (mhm) Jeg har jo ovn her, så jeg må sørge for at jeg har ved på, til vinteren på og lissom (så du) jeg får, får litt sånn huslig, huslige sysler (mhm) vet du. Skal ryddes og vaskes og ...holdes ved like her inne, og.

E: Du får litt å holde på med.

I: Jeg-jeg-jeg får litt normale sysler, og.

Sitatet illustrerer at tenesteapparatet kunne rekkje informanten eit anker til normalitet ved å formidle ein heim. Heimen opna ei rekkje mogleikar for å skape små endringar mot eit annleis liv; endringer som viste seg i kvardagen ved små arbeidsoppgåver som å halde hagen i orden og skape rutinar for matlaging og husstell. Det å ha ein eigen heim førte med seg ansvar som førte informantane nærare det dei såg som eit normalt liv. Det at bustaden fungerte som anker til eit normalt tilvere gjorde den til noko meir enn ein bustad – det blei ein heim.

Dei fleste informantane hadde flytta i løpet av betringsprosessen. Nokre gjekk frå å vere utan fast bustad til å få ein stad å bu, medan andre fekk ny bustad. Flyttingane var mogleggjort av det offentlege tenesteapparatet, og informantane fortalte at dei kunne oppleve bustaden dei fekk som eit symbol for håp eller fråver av håp om endring frå hjelpeapparatet si side.

Informant D

Det er ... Hm. Jeg vil si det sånn atte når du, hvis du får leilighet i (kommunalt bofellesskap), så er du gitt opp. (hm) Daa...Det er sånn *jeg* føler det, da. Øøhhh, der er det *bare* rusmisbrukere som bor. (hmm) Det ...det er ingen ...det er ingen nyktre mennesker som bor der, da.

Ei erfaring som gjekk igjen, var misnøye med å få tildelt bustad på bakgrunn av ei identitet som rusmisbrukar. Fellestrekk ved desse bustadane var at dei førte med seg husbråk, tilgang til rusmiddel i nærområdet, og naboar med problemfylte liv. Det å bli flytta til ein bustad som ikkje var i tråd med informantane sine ønske om ro og avstand til rusmiljø, kunne vere til hinder for å setje i gong ein endringsprosess eller halde motet i ein prosess som alt var påbegynt. Det å få ein eigen heim blei av nokre informantar derimot skildra som det første steget mot ei forankring i normalitet.

Informant C

(...) Og så var det òg mye – altså, det var mye syke mennesker som bodde i leilighetene rundt oss. (mhm) Over oss og ved siden av oss. Sånn, eh ... eldre damer som hadde store psykiske problemer, og ... Så det var veldig slitsomt å bo der! (mhm) Hun over oss (liten latter) gikk og trampa i gulvet hele tida, og ringte politiet og sa at vi hadde vært inne i skapa hennes og så ... Og det var jo ikke sant! Det *skjønte* jo politiet, men vi blei veldig sånn ... stigmatisert, da. For folk visste jo at vi rusa oss. (mhm) Så vi fikk mye ... det var *veldig* slitsomt. Eh ...så ...så det er godt å komme seg vekk derfra. (liten latter)

Flytting til ein trygg heim innebar å kome seg unna stigmatisering gjennom å skape avstand til menneske som tilskreiv informantane negative eigenskapar fordi dei rusa seg. Dette peiker framover mot hovudkategori II, om ulike strategiar informantane brukte for å skape avstand til stigmatiserte identitetar. Forutan å skape eit bilete på kva informantane flytta frå, kan skildringa til C sjåast som ein illustrasjon av det som teikna seg som motsatsen til rammene for ein normal kvardag. Det å vere omgitt av menneske som strevde med rus utgjorde eit sjølvstendig problem i å skape rammar for eit betre liv. Ein heim med avstand til rusmiljø ramma derimot inn ein kvardag ankra i normalitet ved at ein slapp unna stigma og diskriminering.

Informant E

Ja, lissom tidligere så var det jo lissom ...ja, da tilbud om å få leilighet ute på (kommunale omsorgsboliger for personer med rus eller psykiske lidelser) uti (tettsted på Østlandet) holdt jeg på

å si, mot, det er mot andre sida av fjorden der, mot (mellomstor by på Østlandet) holdt jeg på å si. Og det er jo sammen med *bare* eks-narkomane ...so-som bor der lissom, og ... lissom, sånn jeg så på det, så var ikke det noe alternativ for meg (mhm) lissom, for ... en prøver ikke å trappe ned og slutte, og så bor du sammen med bare folk som er like hole ...so-som deg sjæl, lissom.

E fortalte at ho kjente seg omprioritert når ho fekk ein plass å bu som ikkje var saman med «eks-narkomane». Fram til tenesteapparatet gav ho ein heim som var i tråd med ønska ho hadde for seg sjølv, var det vanskeleg å sjå korleis livet skulle bli betre. Det å kjenne seg omprioritert i tenesteapparatet gjorde det mogleg å gjere andre endringer i livet, både på grunn av endra materielle føresetnadar og den sterke kommunikative verdien som ein trygg heim innebar.

8.4.2.2 Set fleksible hjelparar i kontrast til kontoret

For å svare på kva som kjenneteikna hjelpa dei hadde motteke frå ROP, skildra informantane gjennomgåande korleis denne skilde seg frå andre tenestar ved å bruke «kontoret» som kontrast. «Kontoret» står i klammer fordi ordet er metta med meining som strekk seg langt utover korleis vi vanlegvis bruker det i daglegtalet. Metaforen gir figur til sider ved hjelpetenester som er organisert på måtar som ofte blir opplevd som utilstrekkelege eller i konflikt med behova til informantane.

Informant F

(...) og ...jeg har ikke følt at jeg har ...ønska å hatt ...hva skal jeg kalle det – *psykologhjelp*, videre. Det at man skal sitte og ...prate spesifikt om (mhm) visse ting hele tiden, men ...at sånn som (kontaktperson i ROP) så er det nettopp de dagligdagse tinga, og ... jeg kan sitte og fortelle om hva som har skjedd siste uka, og ... og han spør jo åssen det går i forhold til alkohol, og i forhold til ...ja, ting jeg har slitt med hvis jeg har vært deprimert ... alltid ... ja. Vært en sånn annen type samtalepartner, da. (mhm) Og med den der biten med å *ikke* sitte på kontor! Den har vært ... Den var spesiell i begynnelsen, men utrolig ...deilig nå! Sånn ... ja, det føles bare så ... ikke *kompis*, men en samtalepartner, da. (mhm) Som du møter på en annen arena enn ... Det blir litt mere sånn ... ja, kli-klinisk eller hva det heter for noe, da men ...

Informant F set ord på noko fleire informantar snakkar om, nemleg at møta med ROP har utgangspunkt i hans heim og hans daglegliv. Samtalene finn ofte stad heime hjå informantane, og har ein form og eit innhald som gir kjensla av å vere på heimebane. Dette blir set opp som ein skilnad frå det kliniske møtet som har ein meir formalisert og spesifikk agenda. Måten ROP er organisert på, gjer dessutan at informantane er ivaretatt på tider av døgnet som ikkje blir dekt innanfor rammene av dei fleste ordinære tenestar.

Informant D

Ikke sant, for, for mange ... så er det sånn – for eksempel ruskonsulenter, da. Så er det ... du har de

... du kan ...eh, få tak i de fram til ... halv fire. Og så er det ikke noe mer etter det. (mhm) Og det er ingen andre. Som du kan få tak i etter det. For da er lissom ... kontoret stengt, og ...og sånn.

Etter stengetid finst det ingen å få tak i på kontoret, medan ROP er tilgjengelege utover ordinær arbeidstid. Fleksibilitet i kva tid, kvar og på kva måte hjelpa blir gitt, fasiliterer i følge informantane betring. Ein måte å seie det på, er at informantane får eit kontinuerleg anker inn til normalitet når hjelpa følgjer dei, framfor at hjelpa er noko som dei må oppsøke på bortebane. På same tid som dei vektlegg at fleksibilitet gjer ROP i stand til å yte hjelp som er nyttig, snakkar fleire informantar om at ikkje alle tenestar kan eller bør vere organisert på same måte. Eit døme er informanten som fortel at dei uformelle samtalene som er ein viktig del av hans kontakt med ROP ikkje har plass innanfor rutinene til DPSet han er underlagt, men at det må vere slik for at DPSet skal rekke å ta seg av alle pasientane. Ifølge denne informanten er kontakten hans med ROP kjenneteikna av at dei ikkje har noko fastlagt mønster, men tilpassar seg han og hans ønskje. Mogleiken til å ringe ROP mellom avtalar gjekk igjen når informantane forklarte korleis dei nyttiggjorde seg denne fleksibiliteten i kontakten:

Informant B

Jeg bare husker at jeg var veldig lei meg, og veldig sint, og ...jeg hadde lyst til å skade meg sjøl, jeg hadde lyst til å ruse meg sjøl, og så hadde jeg lyst til å drepe noen. Altså, det var *helt* alt på en gang.

E: Mhm. Masse.

I: Ja. Såå... Men de, de snakka til meg, da. Så ...gikk vi i gjennom hvorfor jeg hadde lyst til å gjøre det ...hva som kommer til å skje hvis jeg gjorde det ... ikke sant. Gå gjennom scenariene.

Sitatet over illustrerer korleis informantane brukte mogleiken til å kontakte ROP utanom fastlagte avtaler for å handtere problemfylte situasjonar. Kvardagar etter arbeidstid, feriar og permisjonar frå rusbehandlingsinstitusjonar var døme på tider der utfordringene kunne vere mange, og hjelpealternativa få. For å vende tilbake til metaforen, var avstanden mellom «kontoret» og livet av og til veldig stor. Opninga til å ringe ved behov kunne vere til hjelp også sjølv om den ikkje blei brukt, fordi mogleiken til å kunne kontakte hjelparar i seg sjølv utgjorde ein form for støtte. Ein informant sa det slik:

Informant A

Nei, det gjør at du ...du blir tryggere ...du blir roligere på atte ...du veit du har folk, da. Ikke sant. (mhm) Du blir ikke så redd for å ...få, komme opp i en vanskelig situasjon, da.

Forutan det at ROP var tilgjengeleg, snakka A og fleire informantar om at fråver av sanksjonar la til rette for å faktisk nyttiggjere seg denne opninga. Eg vil kome tilbake til denne sida ved ROP i underkategori IV.

Vi har sett at «kontoret» gir ei definert geografisk ramme for hjelp som av og til fører med seg ei stor avstand til informantane sitt liv. Denne avstanden kan vere eit hinder for å få hjelp når ein slit som mest, med mindre hjelparen kan gjere noko for å redusere avstanden:

Informant C

(...) Hun har liksom ... hun kom uansett åssen form jeg var i, og uansett, eh ... åssen det sto til (mhm) så var det liksom – visste jeg at hun kom, og ... Kom hjem til meg, da! Så jeg slapp å ...styre så mye rundt, og ... altså, det er jo ikke alltid så lett å holde avtaler og sånne ting når man er midt oppi det! (mhm) Men det blei jo mye lettere siden hun var mobil og kunne komme hjem og hente meg, og ... Også var det liksom litt sånt ...fast holdepunkt i uka, da! (mhm) Og det å kommunisere med noen ... med ikke bare folk som ruser seg, er ganske viktig. Altså, bare for å... For det blir *slitsomt* å bare ha det derre rusgreia ... Sjøl om man ruser seg sjøl òg, så har man godt av å ...kommunisere med nyktre mennesker.

Når hjelpa ikkje legg til grunn at informanten må møte opp på eit kontor, blir det mogleg å oppretthalde kontakt også når livet er kaotisk. ROP kunne representere eit haldepunkt, eit ubetinga anker i normalitet som gav avveksling frå eit tidvis hektisk og slitsomt tilvære. Rolla som nokon som held fast ved ein kontakt med majoritetssamfunnet, det normale, såg ut til å vere viktigare i delar av livet der informanten hadde få andre haldepunkt. Mobiliteten som C snakka om, opna for at ROP også kunne gi praktisk hjelp som ikkje alle venta eller hadde erfaring med å bli tilbydd i ein terapeutisk relasjon.

Informant C

Og så er det mye praktisk hjelp, da, ikke sant. Kjørt meg til (sukker) tannlegen, hun har henta meg før jobben og kjørt meg til tannlegen ... Jeg hadde prob- *veldig* problemer med å komme meg til tannlegen. Så det har hun hjelpa meg mye med ...altså, det er liksom. Ja, hun, hun har gjort *veldig mye*, da. Som man egentlig ikke kan forvente ...eller forventer at ... (lyden av at hun stryker seg over magen) eh, folk gjør, da.

E: Mhm. Sånn ...ja.

I: Som at hun henter meg før jobben og kjører meg (liten latter) til tannlegen da. Eeh, det er jo ikke, det er jo ikke noe som jeg ville bedt henne om å gjøre. Det er ikke det som er vanlig. Men hun gjorde det én gang. Og det *husker* jeg veldig godt. Enda.

Den praktiske hjelpa hindra eller løyste av og til akutte krisar, som den gongen ein informant sat lamslått og ikkje såg nokon veg ut av problemet, medan strømmen blei stengt av og inkassovarsla strømte på. Hjelpa hadde også ein verdi utover seg sjølv, ved at den formidlar emosjonell støtte og styrkar den terapeutiske relasjonen. Det at C understreker at episoden har festa seg og vektlegg det unntaksmessige ved denne episoden, kastar lys over meininga praktisk hjelp kan få for relasjonen i vidare forstand.

8.4.2.3 “Hvis min stemme ikkje er nok” - bruker hjelparar som dørøpnar og talerøyr

Den relasjonelle verdien praktisk hjelp kan få, viste seg på ein annan måte når ROP har rolla som dørøpnar til tenestar frå andre delar av hjelpeapparatet.

Informant B

(...) Oog ...da kan de lissom ... Beroe dem, da. Og de hører jo mere på dem. Og da ... Jeg holdt på å miste – de kommer og leverer medisiner hjem, da. (mhm) Så da holdt jeg på å miste den greia, da. At jeg måtte komme opp til dem hver morgen mellom – jah, klokka åtte og kvart på ni. Det hadde jeg ikke klart (liten latter). (mhm) Eeh ...så, men da ...var jo, dem var jo med meg opp og ... forklarte, da. Hvordan jeg egentlig er, da.

ROP kunne fasilitere tilgang til hjelp frå andre instansar ved å fungere som ein slags talsperson inn i mylderet av hjelpetenestar. B kan tene som døme på at det ikkje alltid er tilstrekkeleg å vite kva ein treng – det er naudsynt å kunne det riktige språket for å nå fram. Han fortalte at han sto i fare for å miste leveringsordninga hjå LAR, men fekk hjelp av ROP til å forklare og grunngi sine behov. Ei viktig hjelp som ROP kan gi, er dermed å bruke sin kjennskap til eit privilegert språk, si trygge plassering i normaliteten, til å formidle informanten sine behov overfor andre delar av hjelpeapparatet. B fekk halde fram med leveringsordninga, andre fortalte at ROP hadde spelt ei viktig rolle mellom anna i å hjelpe dei til å få ein ny bustad eller ulike formar for økonomisk støtte frå NAV.

Informant C

Så ringte de opp på ...hennes mobil, da. Og bare sa at «Ja, nei, du kom ikke på det møtet, og da får du ikke noe AAP», og var litt sånn ... og da hadde hun bare sagt at «Vet du hva, vi har faktisk ringt og gitt beskjed, og nå snakker du med», ja, og sagt hvem hun var og sånn. Så da fikk jeg AAP allikevel. (ler) Altså, det er bare sånn ting som at de kan ...*være* der og hjelpe deg – hvis *min* stemme ikke er nok! Og det er mange eksempler på det.

C illustrerer at ROP kunne styrke eller gjere tydeleg informantane sine egne stemmer i kommunikasjon med tenesteapparatet. Same budskap hadde ein annan tyngde når den blei framført av tilsette i ROP. På denne måten kunne informantane hente legitimitet til sine krav ved å fremje dei gjennom hjelparar som sto i ein annan posisjon overfor instansar som eksempelvis NAV, LAR eller spesialisthelsetenesten enn dei sjølve.

Informant A

(...) (sukker) Så jeg får jo den hjelpa jeg trenger til det jeg trenger, lissom. Og (kontaktperson i ROP) har jo skrevet flere sånne ...for jeg har søkt sosialkontoret om støtte til salsakurs og sånn. (mhm) Fordi at ...det koster jo penger. Og da har jeg fått hjelp av det et par ganger på grunn av at

(kontaktperson i ROP) har skrevet at han anbefaler at de støtter det, da. (jah) At det er bra for meg, lissom. Og skrevet hvorfor det er bra for meg og sånn.

A snakkar om at ho sjølv veit kva ho treng for å få eit betre liv, men treng ROP til å fremje desse behova formelt for å få gehør. Ein annan måte å seie det på, er at informantane av og til brukte det ankeret til normalitet som ROP utgjorde for å få den hjelpa dei trengte. Ønsket om å få tilbake bilsertifikatet etter å ha mista dette var eit vanleg eksempel på eit problem kor informantane såg for seg at ei uttaling frå ROP ville auke sannsynet for at dei fekk gjennomslag for ønsket sitt. Førarkortvurderingar er eit døme på ein situasjon der behandlarar kan ha ei dobbel rolle, som vurderingsinstans og behandlar. ROP kunne ha ei viktig rolle som talsperson i situasjonar der hjelpeapparatet hadde mandat til å utøve kontroll eller tvang:

Informant C

Altså, det var liksom veldig sånn regime der borte. Strengt, da. Såå, vi følte liksom at det var noen der for oss som kjempa litt *vår* sak, da. (mhm) Og det hjalp når vi var der inne. For man føler seg litt sånn ... (sukker) som et voksent menneske og skal komme inn under det regelverket. Ikke få lov til å gå *ut* når man har lyst, ikke sant ... Det er nødvendig, men ... man *føler* på det. Det gjør noe med en. (mhm) Ikke sant. Vi må søke om å få lov til å gå ut, og ... jah. Blir på en måte litt mistenk ... eh, man føler seg mistenkeliggjort hele tida, men det er jo sånn det må være! Viss ... Man må jo ta prøver hele tida og vise det til rusfrihet.

C snakka om at rusteam og ROP figurerte som støttespelarar for henne og sambuaren, som korreks til implementering av det ho opplevde som eit rigid regelverk. Ifølgje C var det å vere underlagt nokon andre sin kontroll som vaksen ikkje ei god erfaring, men likevel naudsynt. Dialektikken mellom å bli støtta i sin agens og sine ønske på den eine sida og å bli fråteke noko av retten til å bestemme over sitt eige liv for ein periode er eit tema eg vil vende tilbake til i delen om framforhandling av nye identitetar.

8.4.2.4 Treng tolmodige hjelparar som ber vikarierende håp

Eit fjerde aspekt som trådde fram som nyttig ved tenesteapparatet, var erfaringar med at hjelparar formidla håp om at ting kunne bli betre for den enkelte informanten – eit håp som ikkje svant sjølv når det møtte store utfordringar.

Informant B

(...) Ehm ...og jeg som har hatt så mye...eh, jeg har vært. Jeg har hatt så mye vold, oog ...opplevd så mye vold, oog ...og ting i fra barndommen. Eeh, han blir nesten et sånn der, et sånn anker, da. Sånn trygghet, da. Og da ...er det veldig enkelt å prate med han, da.

Opplevinga av å kjenne seg ankra i ein terapeutisk relasjon kan vere ein kontrast til erfaringar frå barndommen, slik B impliserer. Ein måte å forstå det B snakkar om, er at samspelet med hjelparen ho snakkar om utgjer ei korrigerande relasjonell erfaring. Erfaringa med å få hjelp som har større omfang og meir kontinuitet enn mange av informantane har møtt tidlegare, kunne også korrigere ei enno meir vidtfamnande erfaring av å vere isolert og marginalisert:

Informant B

Men før alt dette her, så hadde jeg *ingen*! Jeg hadde, jeg hørte ikke ... jeg hørte ikke hjemme på behandlingsplasser fordi jeg var psykiatrisk. Eh, hadde ... jeg kunne ikke komme inn på psykiatrisk for jeg var for farlig. (mhm) Eh, så da var det egentlig bare fengsel igjen, da. Og...hver gang jeg var i fengsel og jeg ikke rusa meg, så gikk det jo kjempebra.

B skildrar tidlegare erfaringar med å ikkje ha ein plass som strekkjer seg utover nære relasjonar til å omfatte det offentlege hjelpeapparatet. Opplevinga av å ikkje ha ein plass i behandlingsapparatet blei i møtet med ROP erstatta av ei erfaring som B deler med fleire informantar; opplevinga av at nokon endeleg kunne hjelpe.

Informant D

(...) Og deet ... når jeg ser tilbake på det, så synes jeg det faktisk var *veldig* bra. At de kom. Deet ... det er, eh, det er mange som *ikke* hadde kommet. (mhm) Og selv om jeg avlyste, så kom (kontaktperson i ROP) for det. (mhm) Og det synes jeg er ... rett og slett kjempebra! Så, det har ... De har virkelig stått på for meg! Oog ... men de har fått gjennomgå mye, da. Med meg! Det har de. Jeg har kjefta på de, og jeg har skjelt de ut, og ... jaja. Men allikavel så har de vært der!

D fortalte at ROP kom sjølv om ho ikkje ville at dei skulle kome, og omdefinerte det ho den gongen opplevde som pågåande atferd frå hjelparane si side: I retrospekt snakka ho om standhaftigheita til ROP, ei insistering som ikkje lot seg påverke av stadige avvisingar, som ein kjerne i kva som var nyttig for henne. Fleire informantar snakka om at konsekvensen av stadige avvisingar var at ROP oppsøkte dei igjen og igjen – stikk i strid med kva informantane venta. På denne måten bar hjelparane fram eit håp om betring for informantane heilt til dei var klare til å halde noko av det sjølv.

Informant C

Sjøl om jeg har jo selvfølgelig avlyst mange avtaler, eller bare ikke dukka opp, eller ikke tatt telefonen, eller ...ikke sant. Når jeg skulle inn i behandling, så ... så sovna jeg av, og vi hadde ikke telefon, og da hadde hun vært og banka på ... Men da, (lys stemme) «Men da gjør vi igjen i morra», ikke sant. Det er lissom ... Jah. Ikke gir opp. Kunne tenke «Nei, vel, greit. Hvis ikke de kommer, så ...driter vi i det, da». Det er ikke sånn.

Avlysingar og det at informantane ikkje heldt avtalar, var døme på utfordringar i relasjonen som informantane kunne forvente ville bli møtt med resignasjon. ROP handterte *ikkje* episodar som den skildra av C som teikn på at informantane var håplause eller utilgjengelege for hjelp. Dette – at behandlingsrelasjonen ikkje tok skade av eller blei brote av å bli herja med – formidla at håpet var vilkårslaust. Ruseepisodar var andre høve som nye gav erfaringar med å bli tolt:

Informant A

(...) Selv om jeg snakka om det, så hjalp det ikke, lissom. Det hindra meg ikke i å sprekke, da. Jeg sprakk for det. (mhm) Men jeg stoppa jo igjen, da. Og henta meg inn.

E: Ja hvo ...hvordan fikk du til det?

I: Nei, jeg var ærlig på det. Og sa at jeg hadde sprukket. (sukker) Da fikk jeg stoppa det.

Sitatet over tener som eit døme på korleis fråver av sanksjonar gjorde det mogleg å vere ærleg om rus overfor ROP. Informant A ringte ROP utanom arbeidstid da det ho omtaler som ein «krisereaksjon» oppsto i ein situasjon der ein viktig relasjon var gått tapt. For henne var dette faresignal for at ho kunne ruse seg, og ho ringte ROP for å få hjelp til å handtere dei sterke kjenslene på ein annan måte enn ved å ruse seg. A illustrerer at det å kunne snakke med ROP om rus utan fare for sanksjonar førte til at rusinga til informantane blei meir kontrollert, eller som i hennar tilfelle at sprekkar varte kortare enn før. Andre hadde heilt slutta å ruse seg.

Nokre av informantane snakka om at det å ikkje bli straffa økonomisk eller miste behandlingsplassen dersom dei ikkje møtte til time var andre viktige forhold ved hjelpa dei hadde motteke. Rammene i ROP, som opna for at informantane kunne la vere å møte eller ha ein episode med rus utan at dette fekk øydeleggande konsekvensar for behandlingsskontakten, bidrog til opplevinga av at hjelpa var eit trygt anker. Festet i normalitet viste seg også i møte med den enkelte ROP-kontakten:

Informant C

Bare det at hun har vist han, eh, den respekten hun har! Sjøl om hun *veit* åssen ting har vært, og ... og sånn og sånn, og ... eeh, ja snakker med han, ikke sant. Som ... eh, det er ikke alle som ... som (liten latter) som snakker sånn ... Altså, når vi rusa oss, ikke sant, så ... vanlig, eller nyktre mennesker tar jo ikke kontakt på den måten. (hm) Sånn ... på gata. Hvis man er synlig rusmisbruker. Det er ikke vanlig. Eh, da er man liksom litt sånn ... Jeg veit ikke jeg, om det er skummelt å prate med, eller, man har ikke noe ... har ikke noe til felles med oss som ruser seg, eller – *når* vi rusa oss, da. Så bare det at... hun har vist han respekt, og det var ikke mange som gjorde det før.

Behovet for å bli respektert i kraft av å vere den ein er verkar kanskje sjølvsgagt, men er for C med hennar erfaringsbakgrunn på langt nær noko ho kan ta for gitt. Måten ROP-kontakten møtte hennar sambuar, er eit døme på korleis varig kontakt med ein hjelpar som viser håp og respekt

kunne ha stor plass i informantane si forståing av kva som hadde vore nyttig i deira betringsspross. Sitatet kastar over lys over erfaringar med at hjelparar ber håp om betring ved å utfordre eit tydeleg skilje mellom rusmisbrukarane og ”dei andre”.

8.5 Oppsummering

Fellestrekk ved forhold som fremjar og legg til rette for betring, var ulike måtar tenesteapparatet gav brukarar anker i normalitet. Hjelpeapparatet kunne fungere som ein slags portvakt til håpet om ei betre framtid, mellom anna i samband med tildeling av bustadar: Det å få ein bustad som var i tråd med kva brukaren ønska av ein heim kunne både konstituere betring og fasilitere vidare betring. Det å få tildelt ein bustad som mangla tryggleik og naudsynt avstand til rus og uro kunne på si side bli opplevd som eit endeleg teikn på at brukaren var overgitt til eit tilvere utan håp om endring. For mange var det å flytte til ein ny bustad første steg i retning av eit betre liv. Nokre informantar vekta at den nye bustaden gav avstand til rus og uro, medan andre framheva dei krava ein heim stiller til kvardagsleg aktivitet. Såleis gav den trygge heimen rammar for eit betre liv gjennom å tilby eit symbolsk og materielt anker i normalitet.

Nettopp *rammer* opp summerer fleire aspekt ved organiseringa av hjelpetenestar som fram trådde som spesielt nyttig for brukarane. «Kontoret», som ofte var base for hjelpetenestene brukarane hadde kontakt med, figurerte i intervjuar som eit bilete på avgrensingane ved hjelpetenestar med meir tradisjonell organisering. Det at mykje av kontakten med ROP Vestfold hadde eit meir uformelt preg og gjekk føre seg på brukaren si heimebane såg ut til å gi ei oppleving av at hjelpa var tettare på det levde livet deira. Mogleiken til å ta kontakt med ROP Vestfold også utanom kontortider var med på å skape tryggleik omkring særskilt vanskelege situasjonar, og hjelpa brukarane til å mobilisere eigne ressursar i sitt arbeid med å løyse vanskar på nye måtar. Ein kontaktform basert på at brukaren blei oppsøkt av hjelparar i staden for omvendt hadde ein eigen verdi fordi den gav faste haldepunkt som kunne ankre informantane i ei stabil og normal røynd. Slik gav ROP brukarane eit anker i normalitet sjølv når det å møte opp til fastlagte avtalar på eit kontor var utanfor rekkjevidde.

Kontakten utgjorde ein tryggleik også ved at hjelparar kunne fremje og styrke brukarane sine krav og ønske inn mot andre delar av tenesteapparatet. Det å ha talspersonar som kunne grunngi individet sine behov i møte med generaliserte reglar og prosedyrar var eit aspekt ved hjelperelasjonen som fleire informantar meinte hadde hatt avgjerande betyding. Situasjonar kor informantane hadde hatt nytte av ROP si stemme som anker inkluderte vurdering av økonomiske støtteordningar, kommunikasjon med LAR og tilpassing av helsehjelp. Også i samband med tildeling av bustad gav nokre informantar ROP ei avgjerande rolle.

Gjennom dei mange samanlikningane med «kontoret» formidla informantane meir og mindre eksplisitt at fleksibilitet i høve til roller, geografi, innhald og form på hjelpa som blei gitt var

nyttig og viktig. Fleire tilla stor vekt til episodar der dei hadde fått praktisk hjelp, som med å kome seg til tannlegen eller ordne ein komfyr til ny bustad. Praktisk hjelp, og i det heile fleksibiliteten i måten hjelpa blei gitt gav ei oppleving av at ROP hadde håp for at den enkelte brukaren kunne få det betre, og at dei hadde mogleik til å tilpasse hjelpa etter kvar enkelt brukar sine behov.

Relasjonelle erfaringer som fann stad i ein varig og stabil kontakt inkluderte det å bli respektert og ikkje gitt opp. Håpet som mellom anna blei formidla ved at ROP lagde nye avtaler trass i at kontakten i periodar kunne vere prega av avvisingar og avlysingar frå brukarane si side, gav erfaringer med det motsette av overgiving. Dette må bli forstått i lys av rammene som gjorde det mogleg å få eit nytt forsøk når brukarane rusa seg, braut avtaler eller hadde kjenslemessige utbrott overfor hjelparar. Det å kunne vise problema sine ope utan å bli sanksjonert la til rette for at brukarane saman med hjelparane kunne arbeide med å finne nye måtar å handtere desse. Gjentakande erfaringar med at hjelpa var tilgjengeleg og at hjelparane hadde håp om endring, såg ut til å hjelpe informantane til sjølve gradvis å få håp om eit betre liv. Dei trygge ankra i normalitet sto fast, også når informantane sjølve var i tvil.

9. Oppsummering og konklusjon

Problemstillingene for den forskningsbaserte evalueringen av ROP Vestfold har vært å undersøke om teamet har nådd målgruppa og målsettingen for prosjektet, hvilke tjenester teamet gir, og om pasientene har fått et bedret forløp ved oppfølging i ROP-teamet. I tillegg er noen pasienter intervjuet våren 2016 om deres erfaringer med teamet, og hvordan teamet eventuelt har bidratt i en bedringsprosess. Vi vil nedenfor oppsummere og diskutere problemstillingene og resultatene og gi noen avsluttende kommentarer og spørsmål om veien videre.

9.1 Målsetting og organisering

Hovedmålsettingen til ROP Vestfold var å styrke tilbudet til pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse, og sørge for at tilbudet var best mulig i samsvar med nasjonale retningslinjer. Delmål for prosjektet var å sørge for at pasienter fikk utredning for mulig psykisk lidelse og rusmisbruk og motivering for videre behandling. ROP-teamet skulle videre sørge for relasjonsbygging og etablering av behandlingsteam rundt pasienten som skulle videreføres i en forpliktende samhandling mellom pasient, andre enheter i klinikk psykisk helse og rusbehandling og kommunale instanser. Organisatorisk ble teamet plassert i Klinikk for psykisk helse i Sykehuset Vestfold, i psykiatrisk fylkesavdeling. Opptaksområde var 12 av 14 kommuner i Vestfold, med til sammen vel 200 000 innbyggere. Teamet ble tverrfaglig sammensatt med helsefaglig og sosialfaglig personell med kompetanse på integrert behandling.

Mye av datamaterialet fra evalueringen har vist at ROP Vestfolds arbeid har bidratt til å svare opp prosjektets hovedmålsetting om å styrke tilbudet til pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Vi har sett at over ett hundre brukere har fått tjenester fra teamet i en periode på vel to år, hvorav en tredjedel har fått tett oppfølging fra teamet i to år. Teamet har klart å etablere og opprettholde kontakten med de aller fleste pasientene, og pasientkartleggingen viste at det gikk bedre med pasientene på flere sentrale livsområder. ROP-teamet har også i stor grad oppfylt prosjektets delmål. Teamet har sørget for at pasienter ble utredet, og flere personer med rusutløste psykoser har etter utredning fått psykosed diagnose. Teamet jobber med en gruppe pasienter som er vanskelig å nå, og det er lav dropout. Det tyder på at teamet har lykket med å motivere pasienter for videre behandling. Den oppsøkende arbeidsformen med stor tilgjengelighet, fleksibilitet og brukerorientering ble framhevet som viktig for bedringsprosessen fra pasientene som ble intervjuet.

ROP Vestfold har jobbet med å bygge relasjoner med andre tjenesteytere. En stor andel av teamets tjenester ble utført i samhandling med andre tjenester, og en stor andel av teamets aktiviteter var koordinering av behandling. ROP-teamet har oppfylt den todelte målsettingen om å jobbe både med pasienter og tjenester. Evalueringen har ikke data fra samarbeidspartnere og derfor begrenset

informasjon om samhandlingen, men ønsker likevel å reise spørsmål ved noen sider av organiseringen av ROP Vestfold som samhandlingsteam.

ROP Vestfold som team er organisert som en del av spesialisthelsetjenesten. Kommunene har en dominerende plass som samhandlingsaktør for ROP-teamet, men ingen plass i den formelle organisasjonen. Det er ulike måter å organisere samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune på, hvor fordeler og ulemper kan diskuteres. ROP-teamet har lyktes med å få til samhandling rundt enkeltpasienter. De jobber sammen med de kommunale tjenestene i behandlingsteam rundt den enkelte pasient uten at det er inngått noen skriftlig avtale om samarbeid på et overordnet nivå. Hva teamet og samarbeidspartnerne bidrar med, avgjøres ut fra behovet i det enkelte tilfelle. En slik fleksibel samhandlingsform kan ha positive sider, men et mer forpliktende samarbeid ville vært positivt for å skape likeverdighet mellom partene i samhandlingen. Fordeling av oppgaver og ansvar vil alltid være et sentralt tema i samhandling. Det var et mål i prosjektplanen for ROP Vestfold å tydeliggjøre oppgaver og roller i samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det ville ha fordeler om kommunene ble trukket mer inn i organiseringen i teamet og at oppgave- og rollefordeling ble tydeligere gjennom skriftlige samarbeidsavtaler.

ROP Vestfold skal betjene nesten hele Vestfold fylke, og det er da forståelig at teamet er organisert på sykehusnivå. Med et så stort befolkningsområde er det grunnlag for to samhandlingsteam og det ville da være mer hensiktsmessig med en organisering på DPS-nivå. Det gir færre kommuner å forholde seg til og bedre grunnlag for tettere samarbeid.

Når ROP-teamet jobber som en forsterkningsressurs i tillegg til de ordinære tjenestene, har ulike tjenesteytere fortsatt ansvar for hver sine områder. Når flere instanser har ansvar, vil det være fare for fragmentering eller pulverisering av ansvar. Det kan derfor være en fordel å plassere ansvaret for pasienten ett sted, og det er nærliggende å vurdere om ROP-teamet bør gå fra å koordinere tjenester og ha et «sørge for ansvar» til å få et overordnet og helhetlig ansvar for pasientene. Fullt ansvar for helse- og sosialfaglige tjenester er et av elementene som framheves som virkningsfullt i forskning om samhandlingsteam (Burns 2010). I en metastudie av samhandlingsteam framheves følgende komponenter som effektive; at teamet jobber oppsøkende med stor andel regelmessige hjemmebesøk, har lav caseload (få pasienter per behandler), mange faggrupper representert, psykiater integrert i teamet og ansvar for helse- og sosialfaglige tjenester (Burns 2010). Vi ser at flere av disse komponentene samsvarer med arbeidsformen til ROP Vestfold som samhandlingsteam.

9.2 Inkluderer ROP-teamet målgruppa?

I løpet av en treårsperiode har ROP-teamet inkludert 61 personer. Det er kun fire personer i denne perioden som teamet ikke har lyktes med å etablere eller opprettholde kontakten med. Et viktig mål for ROP-teamet har vært å nå ut til personer som ikke klarer å nyttiggjøre seg eksisterende tjenester, eller der de ordinære tjenestene ikke klarer å nå målgruppa. Det lave frafallet tilsier at teamet nettopp har klart å nå og opprettholde kontakten med målgruppa. Når det gjelder målgruppe har ROP-teamet i all hovedsak inkludert personer som oppfyller kriteriene slik det er beskrevet i prosjektbeskrivelsen. Samtlige inkluderte pasienter hadde både rusmisbruk og alvorlige psykiatriske diagnoser. Omtrent to tredjedeler av pasientene oppfylte kriteriene for en psykoselidelse eller personlighetsforstyrrelse. De inkluderte pasientene (n=61) hadde et svært lavt funksjonsnivå ved inntak i teamet (GAF-F: 35), og de hadde en lav skår på GAF-symptom (GAF-S=39). En fjerdedel av pasientene var underlagt tvungent psykisk helsevern ved inntak i teamet.

ROP Vestfold skal være et tilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser og som ikke klarer å nyttiggjøre seg de eksisterende tjenestene. Teamet har arbeidet med over hundre personer, og har i en treårsperiode inkludert cirka 60 personer som de har fulgt tett opp. Med et opptaksområde på vel 200 000 stiller vi spørsmål ved om det finnes flere i målgruppa som teamet ikke klarer å nå med sine tjenester? Teamet har syv ansatte, og de nærmer seg det antallet brukere som de er i stand til å ivareta for å ha en forsvarlig caseload (forholdstallet mellom ansatte og pasienter). Et spørsmål er derfor om det burde vært flere oppsøkende samhandlingsteam i et så stort opptaksområde? Tall fra Brukerplan kan gi en pekepinn på hvor mange personer det er i regionen med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer og som har et lavt funksjonsnivå på flere viktige livsområder. Antallet er sannsynligvis langt høyere enn det ett team kan betjene.

Sammenlignet med brukere som mottok tilbud fra ACT-teamene har ROP-teamet inkludert personer med **både** alvorlige psykiske lidelser og en rusdiagnose. I tillegg inkluderer de personer med alvorlig personlighetsproblematikk, noe ACT-teamene ikke skal gjøre. ROP-teamet inkluderer med andre ord en utvidet målgruppe sammenlignet med ACT-teamene. I forbindelse med utprøvingen av de norske ACT-teamene var det et uttalt behov og ønske fra kommunene om samhandlingsteam som også inkluderte personer med alvorlig personlighetsproblematikk og rusmiddelmisbruk (Landheim et al. 2014). ROP-teamet er et eksempel på et samhandlingsteam som også gir tjenester til en slik målgruppe.

9.3 Hvilke tjenester gir ROP-teamet alene og i samarbeid med andre?

Virksomheten til ROP Vestfold var i all hovedsak pasientrelaterte tjenester. Teamet jobbet med pasienter både alene og sammen med samarbeidspartnere, vel halvparten av alle pasientrelaterte kontakter utførte teamet alene, mens under halvparten av kontaktene utførte teamet sammen med samarbeidspartnere. Teamet oppfylte den todelte målsettingen om å koordinere tjenester og gi egen behandling. Da teamet jobbet alene, var over halvparten av kontaktene behandling. Da det jobbet med samarbeidspartnere, var innholdet dominert av koordinering. Med «koordinering» menes planlegging av ulike typer tiltak og behandling, inngåelser av avtaler, veiledning, informasjonsutveksling og møter med og uten pasient til stede.

Det var stort mangfold og variasjon i tjenestene fra ROP-teamet, men fire aktiviteter dekket størstedelen av kontaktene; «planlegging av behandling», «støtteterapi» og «rusbehandling» og «veiledning». Telefon var et viktig kommunikasjonsmiddel i teamet, og halvparten av alle kontakter som angikk pasientene, skjedde per telefon. Når vi ser bort fra telefonkontakter, skjedde størstedelen av kontaktene ute hos pasientene. ROP Vestfold jobbet oppsøkende «ute» hos pasienter og «ute» hos andre tjenesteytere. Det var også stort mangfold i hvem ROP-teamet jobbet sammen med. Psykiatri- og rustjeneste i kommunene var tjenesteyterne ROP-teamet hadde hyppigst samhandling med. 64 prosent av teamets kontakter med andre tjenester var med kommunale tjenester.

Teamet jobbet ulikt med oppfølging av ulike grupper av pasienter. 118 pasienter fikk tjenester fra ROP Vestfold i løpet av toårsperioden, noe som var langt flere enn antall pasienter som var innskrevet i teamet. Teamet hadde tre eller færre kontakter med en tredjedel av pasientene, noe som viser at teamet jobber med å tilrettelegge oppfølging fra de ordinære tjenestene en periode, mens andre får tett oppfølging fra teamet over lang tid. En tredjedel av pasientene fikk kontinuerlige tjenester i to år, for disse var det registrert i gjennomsnitt to pasientrelaterte kontakter per uke, noe som kan karakteriseres som tett oppfølging. Totalt gjennomførte teamet i gjennomsnitt cirka 100 pasientkontakter per uke. I gjennomsnitt brukte de cirka en time på hver oppsøkende kontakt, i tillegg kom reisetid på i gjennomsnitt cirka 40 minutter.

Sammenlignet med ACT-teamene er det et fellestrekk at både ROP Vestfold og ACT-teamene jobbet aktivt oppsøkende der pasienten bor og oppholder seg, og de brukte allsidige strategier for å skape motivasjon for behandling. ROP-teamet hadde større innslag av koordinering og rusbehandling og lavere andel direkte behandling og praktisk, sosial oppfølging enn ACT-teamene. Medisinoppfølging var en omfattende oppgave i ACT-teamene, mens ROP Vestfold ikke ivaretok denne oppgaven. I ACT-teamene skal det være ansatt psykiater, noe ROP Vestfold ikke hadde.

Omfanget av teamets egen oppfølging av pasienter versus koordinering av tjenester fra andre tjenesteytere reiser flere spørsmål. Omfattende koordinering av mange tjenesteytere kan innebære mye tid til administrasjon som kan gå på bekostning av direkte tjenesteyting til pasientene. I tilfeller hvor det er tjenester fra mange ulike tjenesteytere, kan koordineringen bli krevende og omfattende, og det er en fare for at man ikke lykkes med å skape tjenester som oppleves helhetlige og integrerte. På en annen side representerer koordineringen konkret samarbeid mellom ulike tjenesteytere som kan føre til kompetanseoverføring og styrking av de eksisterende tjenestene. Å jobbe sammen i behandlingsteam rundt den enkelte pasienten, kan innebære en kontinuitet for pasienten siden det er et mål at de ordinære tjenestene på sikt skal overta oppfølgingen av pasienten. Koordinering av tjenester versus helhetlig behandling fra ett team står sentralt i vurderingen av fordeler og ulemper ved ulike samhandlingsmodeller.

Overføring av pasienter til ordinære tjenester er et kritisk punkt i modellen til ROP Vestfold. Pasientgruppen til teamet vil sannsynligvis ha behov for sammensatte tjenester i lang tid. ROP Vestfold har valgt å jobbe med de ordinære tjenestene som samarbeidspartnere hele veien, og kontinuitet i behandlingen skal sikres på den måten. Det at ROP-teamet trekker seg ut kan likevel innebære et relasjonsbrudd for pasienten. De ordinære tjenestene har ofte mange ansatte, og er ikke nødvendigvis like god sikring av kontinuiteten som om den ivaretas av ett team.

9.4 Hvordan går det med pasientene i ROP-teamet etter to år?

Vi finner bedring på flere områder i løpet av oppfølgingsperioden på to år. Boforholdene har blitt bedre ved at det er færre brukere som er uten fast bopel. Det er flere med stabil inntekt i form av uføretrygd, men det er ingen brukere som er i ordinært arbeid. Problemfylt bruk av illegale stoffer er noe lavere ved to års oppfølging, og for dem som fortsatt har problematisk bruk av illegale stoffer er skåren på Dudit signifikant lavere. Det er en tendens til at flere skårer over cut-off på AUDIT to år etter inntak. Vi finner en signifikant bedring når det gjelder symptombelastning målt både med GAF og BPRS. Symptomskåren på GAF har endret seg signifikant fra 43 til 51. Det er en tendens til nedgang i andelen brukere med alvorlige til svært alvorlige symptomer på angst, og det er en tendens til nedgang av pasienter med depressive symptomer. Når det gjelder funksjonsnivå, er dette fortsatt lavt målt med GAF, selv om vi finner en tendens til bedring (39 til 45). Vi finner signifikant forskjell i skårene på praktisk fungering, særlig når det gjelder egen helse, matlaging og atferd ved samtaler. Vi finner også en signifikant bedring i livskvalitet, både totalskår og livet samlet sett. I tillegg er pasientene signifikant mer fornøyd med bolig, nabolaget, personlig trygghet, fysisk helse og psykisk helse 24 måneder etter inntak i teamet, sammenlignet med situasjonen ved inntak.

Når vi har undersøkt om pasientene har oppnådd bedring i en tidsperiode på to år, er dette kort tid. For en pasientgruppe som i utgangspunktet har en høy symptombelastning, som er avhengighet av

rusmidler, og som har et lavt funksjonsnivå, og som i tillegg ikke har klart å nyttiggjøre seg behandling fra ordinære tjenester, må dette betraktes som vesentlig bedring på flere og viktige områder i livet etter kun to års oppfølging. Denne undersøkelsen har ikke et randomisert kontrollert studiedesign, men vi har fulgt den enkelte pasient i en observasjonsperiode på to år. Vi har ingen kontrollgruppe, og kan derfor ikke med sikkerhet si at forskjellene fra inntak og etter to år skyldes oppfølging og behandling fra teamet. Det er også viktig å kommentere at vi har fulgt omtrent halvparten av dem som ble inkludert i ROP-teamet det første driftsåret. Det er mulig at vi i evalueringen har inkludert (fått samtykke) fra de best fungerende, og at resultatene ville vært dårligere for dem som ikke deltok i evalueringen.

Hvis vi sammenligner disse resultatene med resultater fra evalueringen av de 12 første ACT-teamene ser vi at pasientene i ROP-teamet og i ACT-teamene har mange likhetstrekk når det gjelder deres situasjon ved inntak. De skårer like lavt på både GAF-F og GAF-S, og de har omtrent samme skår på praktisk og sosial fungering (PSF). Når det gjelder psykiatriske symptomer skårer pasientene i ACT-teamene høyere på alvorlige symptomer på manglende egenomsorg og uvanlig tankeinnhold, mens ROP-pasientene skårer høyere på alvorlige symptomer på depresjon og fiendtlighet. Pasienter i ROP-teamet skårer vesentlig lavere på de fleste områdene når det gjelder livskvalitet sammenlignet med pasienter i ACT-teamene. Når det gjelder endring fra inntak og 24 måneder etter inntak ser vi at pasientene i ROP-teamet har større endring enn pasientene i ACT-teamene i en observasjonsperiode på to år når det gjelder GAF-skår, praktisk og sosial fungering og livskvalitet. Når det gjelder bruk av rusmidler er endringen forholdsvis lik.

9.5 Er det reduksjon i innleggelser i psykisk helsevern og TSB etter inntak i ROP-teamet?

Pasienter som var inkludert i ROP-teamet det første året har blitt fulgt i en periode på fire år for å undersøke endring i innleggelser og oppholdsdøgn. Vi har sammenlignet tall for innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) to år før inntak i teamet med tall for perioden fra inntak og påfølgende to år. Med ett unntak har samtlige (n=42) som ble inkludert i teamet det første året vært innlagt i enten psykisk helsevern eller TSB. 31 personer var innlagt i psykisk helsevern, mens 25 personer var innlagt i TSB i denne fireårsperioden. Vi finner en liten nedgang i antallet personer som ble innlagt og antallet innleggelser i psykisk helsevern når vi sammenligner toårsperioden før inntak i teamet med toårsperioden etter inntak. Det er en nedgang i antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern på 545 døgn (16 %) etter inklusjon i ROP-teamet. Denne nedgangen gjelder kun for opphold ved døgnavdelinger i sykehus, mens vi finner en økning i oppholdsdøgn ved DPS etter inklusjon i ROP-teamet. Det er imidlertid få personer som står for de lange innleggelsene på sykehusavdelingene.

Omtrent 80 prosent av oppholdsdøgnene i psykisk helsevern var under tvangsparagraf, og det var ingen vesentlig endring når vi sammenligner toårsperioden før inntak i ROP-teamet med toårsperioden etter inntak. Når det gjelder innleggelser i TSB har cirka halvparten vært innlagt både før og etter inntak i ROP-teamet. Vi finner en liten økning i antallet innleggelser i TSB, og vi ser ingen vesentlig endring i antallet oppholdsdøgn før eller etter inklusjon i ROP-teamet. Gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn i TSB har imidlertid gått noe ned. De aller fleste oppholdsdøgn i TSB er frivillige innleggelser, og det har vært en nedgang i antallet oppholdsdøgn under tvang fra 33 prosent til 3 prosent.

Hvis vi sammenligner resultatene fra pasientene som ble inkludert i ROP-teamet det første året med pasienter som ble inkludert i ACT-team det første året finner vi følgende likheter og forskjeller.

- ROP-pasientene har gjennomsnittlig like mange innleggelser i psykisk helsevern både før og etter inntak i teamet sammenlignet med pasientene i ACT-teamene (Gjennomsnittlig fire innleggelser før og etter inklusjon).
- Gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern i toårsperioden før inntak var noe høyere for pasienter i ACT-teamene (Gj.snitt: 142) sammenlignet med pasienter i ROP-teamet (Gj.snitt: 117).
- Antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern både med og uten tvang ble halvert i toårsperioden etter inklusjon i ACT-teamene. Antallet oppholdsdøgn ble redusert med cirka 16 prosent når vi sammenligner to år før inklusjon med to år etter for pasienter i ROP-teamet.
- De fleste oppholdsdøgn i psykisk helsevern var under tvangsparagraf både før og etter inklusjon for pasienter i ROP-teamet (cirka 80 %). Når det gjelder pasienter i ACT-teamene var 53 prosent av oppholdsdøgnene under tvang før inntak i teamene, mens det var en sterk reduksjon i toårsperioden etter inklusjon.

Denne forskjellen i tvangsinnleggelser kan ha ulike forklaringer. Det var flere pasienter med amfetaminavhengighet i ROP-teamet sammenlignet med ACT-teamene. Amfetaminbruk i større mengder over tid kan gi rusutløste psykoser, og risikoen for å bli innlagt på tvang kan være større. En annen forklaring kan være at en i ACT-teamene fulgte tettere opp pasientene, også når det gjaldt medisinerer. Ved å følge opp pasientene tettere kunne en forebygge tvangsinnleggelser ved at pasienten legges inn frivillig før symptomene ble for alvorlige. ACT-teamet var også til stede for videre oppfølging etter utskrivelse fra psykisk helsevern. Det kan også være en forklaring at det generelt er flere innleggelser på tvang i Vestfold sammenlignet med regionene ACT-teamene tilhørte. Tvangsinnleggelser i Vestfold ligger imidlertid ikke spesielt høyt sammenlignet med landet for øvrig (Bremnes et al. 2016).

9.6 Hva forteller brukerne om hva som hjalp dem til å få det bedre?

Brukerne opplevde at ROP-teamet jobbet med å skaffe dem en god bolig, og for mange var det første steget i retning av et bedre liv. De opplevde at den nye boligen ga avstand til rus og uro, og at den var ei viktig ramme for et bedre liv. De opplevde at kontakten med ROP Vestfold hadde et mer uformelt preg ved at den foregikk på brukerens hjemmebane, og at hjelpa de fikk var tettere på det livet de levde. Muligheten til å ta kontakt med ROP Vestfold også utenom kontortider var med på å skape trygghet i vanskelige situasjoner. Det hjalp også brukerne til å mobilisere egne ressurser i sitt arbeid med å løse problemer på nye måter. Kontaktformen opplevdes som et fast holdepunkt og som en stabilitet i tilværelsen.

Kontakten med ROP-teamet utgjorde også en trygghet ved at hjelperne kunne fremme og styrke brukernes krav og ønsker inn mot andre deler av tjenesteapparatet. Det å ha talspersoner som kunne fremme og grunngi deres behov i møtet med regler og prosedyrer var et aspekt ved hjelperelasjonen som flere av informantene mente hadde hatt avgjørende betydning.

Brukerne formidlet også at fleksibilitet i roller, geografi, innhold og form på hjelpa som ble gitt var nyttig og viktig. Praktisk hjelp, og fleksibiliteten i måten hjelpa ble gitt på ga en opplevelse av at ROP hadde håp for at den enkelte bruker kunne få det bedre, og at de tok utgangspunkt i den enkeltes behov. De opplevde også teamet som en varig og stabil kontakt der de ble respektert og ikke gitt opp. Gjentakende erfaringer med at hjelpa var tilgjengelig og at hjelperne hadde håp om endring, så ut til å hjelpe informantene til gradvis å få håp om et bedre liv.

Disse intervjuene understreker at ROP-teamets arbeidsform har hatt betydning for brukernes bedringsprosess.

9.7 Hovedkonklusjon og veien videre

- Evalueringen viser at ROP Vestfold oppfylder sitt mandat, men reiser noen spørsmål ved deler av mandatet.
- ROP Vestfold har i evalueringsperioden styrket tilbudet til pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse ved å gi tjenester til over 100 brukere i samhandling med andre instanser i kommune og spesialisthelsetjenesten. Pasientutredningen viste at det gikk bedre med pasientene på vesentlige områder i livet.
- Teamet har nådd målgruppa for prosjektet, og de har nådd personer som ofte «faller mellom stolene». Teamet skal ha honnør for å inkludere pasienter med personlighetsproblematikk. Det er et uttalt behov for samhandlingsteam som inkluderer denne pasientgruppa.
- Teamet har oppfylt den todelte målsettingen om å koordinere eksisterende tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og gi egen behandling til pasientene.
- ROP Vestfold har opparbeidet verdifull kompetanse som bør ivaretas og videreføres.

- Teamets arbeidsform bør videreføres, noe som innebærer å jobbe oppsøkende og pågående gjennom et tverrfaglig team av en viss størrelse med lav caseload.
- For å ivareta personer med ROP, og særlig personer med personlighetsproblematikk og rusmisbruk, er det viktig at det finnes team som ROP Vestfold.
- Det er mange oppholdsdøgn på tvang både før og etter inntak i ROP-teamet. Det er et spørsmål for det videre arbeidet om teamet bør ha større oppmerksomhet på å redusere oppholdsdøgn på tvang.
- Samhandling er krevende, og jo flere instanser som skal samhandle desto vanskeligere er det å gi koordinerte og integrerte tjenester. Det er et spørsmål om ansvars- og oppgavefordelingen mellom ROP Vestfold og instanser i kommunene og spesialisthelsetjenesten er formalisert og tydelig nok. Det bør opprettes forpliktende samarbeidsavtaler mellom ROP Vestfold og aktuelle samarbeidspartnere, særlig kommunene.
- For personer med store og sammensatte problemer er det viktig å sikre at tjenestene er kontinuerlige, helhetlige og integrerte. Med mange instanser kan dette være vanskelig å få til. Det blir en avveining av fordeler og ulemper ved ulike typer samhandlingsmodeller, modeller som koordinerer tjenester som ROP-Vestfold versus modeller hvor tjenestene ytes fra ett team, som ACT- eller FACT-team. Det er derfor et spørsmål om ROP Vestfold burde hatt et helhetlig ansvar for å gi personer i målgruppa ulike typer tjenester. Det er mye som også taler for at hovedansvaret for pasientene bør ligge ett sted.
- ROP Vestfold er et tverrfaglig team bestående av både helse- og sosialfaglig ansatte. Teamet har imidlertid ingen psykiater. For å kunne gi helhetlige tjenester, er det et spørsmål om det også burde være psykiater i teamet. En psykiater vil kunne sørge for medisinsk oppfølging og bidra til et mer helhetlig tjenestetilbud.
- Et mål med ROP Vestfold er at pasientene skal overføres til de ordinære tjenestene i kommunen. Vi stiller spørsmål ved om en slik overføring sikrer kontinuitet både i relasjonen og i tjenestene, og om teamet bør ha et hovedansvar også over lengre tid?
- Teamet har et opptaksområde på vel 200 000 personer. Vi stiller spørsmål ved om det finnes flere i målgruppa (ROP) som teamet ikke klarer å nå med sine tjenester. Det bør vurderes om det er behov for flere ROP-team i regionen.
- Flere personer enn ROP-gruppa har behov for samhandlingsteam. Det er et spørsmål om andre samhandlingsmodeller bør komme i tillegg til ROP-Vestfold, for eksempel ACT eller FACT.
- ROP Vestfold er i dag organisert og lokalisert i spesialisthelsetjenesten. Det er et spørsmål om teamet bør organiseres på sykehusnivå eller ved ett av DPS-ene i opptaksområdet. Med et så stort opptaksområde som teamet i dag skal betjene, er det fornuftig at det organiseres på sykehusnivå. Med flere team bør en vurdere om det bør etableres ett team ved hvert DPS i samarbeid med kommunene.

Referanser

- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. og Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. Genève, World Health Organization.
- Berman, A.H., Bergman, H., Palmstierna, T. og Schlyter, F. (2005). «Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample». *European Addiction Research*, 11, s. 22–31.
- Bjørn, Vidar (2014) *Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter: - Hva er'e vi driver med?* Prosjektrapport SPoR Vestfold 2010-2013
- Bremnes, R. og Jensberg H. (2009): *Kontroll av rapporterte institusjons- og pasientdata om tvangsmiddelbruk, vedtak om skjerming og tvangsbehandlin*. SINTEF Helsetjenesteforskning
- Burns T. (2010) The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, April 2010; 22(2): 130-137.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. Sage.
- Elliott, Robert. (2011). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy* (s. 69-81): John Wiley & Sons, Ltd.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser: sammensatte tjenester - samtidig behandling*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948.
- Helsedirektoratet (2015). <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team>
- Goldman, H.H., Skodol, A.E., Lave, T.R. (1992). «Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning». *American Journal of Psychiatry*, 149, s. 1148–1156.
- Håland M. E, Lie T., Nesvåg S, Stevenson B. (2016). *Brukere med rus- og psykiske helseproblem i norske kommuner. BrukerPlan - statistikk 2015*. Helse Stavanger. KORFOR-rapport 2016. (ISBN 978-82-93390-03-9)
- Kvale, Steinar. (1996a). The 1,000-Page Question. *Qualitative Inquiry*, 2(3), 275-284. doi: 10.1177/107780049600200302
- Kvale, Steinar. (1996b). *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Landheim A., Odden S., Clausen H., Heiervang K. S., Stuen H. K., Ruud T. et al. (2014): *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Rapport, Sykehuset Innlandet.

- Park, M.J., Tyrer, P., Elsworth, E., Fox, J., Ukoumunne, O.C. (2002). «The measurement of engagement of the homeless mentally ill: the homeless engagement and acceptance scale (HEAS)». *Psychological Medicine*, 32 s. 855–861.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999). *Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA)*. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, s.7–12.
- Rishovd Rund, B., Ruud, T. (1994). *Måling av funksjonsnivå og funksjonsendring i psykiatrisk behandling*. Oslo. Statens helsetilsyn. IK 2422.
- Smith, Steven M., & Vela, Edward. (2001). Environmental context-dependent memory: A review and meta-analysis. *Psychonomic Bulletin & Review*, 8(2), 203-220. doi: 10.3758/bf03196157
- Sykehuset i Vestfold. Klinikk psykisk helse og rusbehandling (2012) *Prosjektbeskrivelse. Styrking tilbud dobbeltdiagnose*.
- Sykehuset i Vestfold. Klinikk psykisk helse og rusbehandling (2016) *Rapport ROP-Vestfold 2013-2016*.
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Liberman, R.P., Green, M.F. og Shaner, A. (1993) «Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale». *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, s. 227–243.

