

Evaluering av ambulant behandling i Tyrili

Mikael Julius Sømhovd og
Tone Helene Bergly

Tyrili rapport
Nr. 1/2017

SAMMENDRAG

Tyrilistiftelsen har alltid drevet med ulike former for oppsøkende virksomhet. Dette har vært grunnet i villigheten til å strekke seg langt for de som var eller hadde vært i behandling. I dag er oppsøkende arbeid i Tyrili formalisert og kalles ambulant behandling.

Formålet med ambulant behandling er å yte hjelp der den behandlingstrengende er, både fysisk og mentalt. Møtesteder kan i prinsippet være hvor som helst der det er ønskelig og hensiktsmessig, for pasienten. Møtene kan skje en til en, eller noen ganger med samarbeidspartnere eller pårørende tilstede.

Denne evalueringen av ambulant behandling i Tyrili klargjør forholdet mellom beskrivelsen av ambulant behandling, og den praktiske utførelsen. Et hovedspørsmål er om den ambulante behandlingen har påvirkning på antallet uteblivelser til døgninnleggelse, og på uønskede behandlingsavbrudd i døgnbehandling. Videre spør vi om profilen med hensyn til hvor aktivitetene foregår og i møte med hvem er hensiktsmessig. Aktivitetsdataene som rapporten baserer seg på er fra perioden 01.01.2015 til 01.09.2016.



Innledningsvis beskrives Tyrilistiftelsen og bakgrunnen for det ambulante arbeidet. Beskrivelsen av arbeidet blir videre gjennomgått, og deretter følger en kartlegging av faktisk aktivitet. Til sist kommenteres arbeidet gjennom samtaler med medarbeidere og pasienter. Den siste delen er ikke et kvalitativt studie som sådan, men kommentarer til, og refleksjoner rundt tallene, etter snøball-metoden. Tilslutt blir resultatene og betydningen av disse diskutert, og konklusjoner for det videre arbeidet blir beskrevet.

Hovedkonklusjonene kan oppsummeres i det følgende:

- Pasientenes individuelle behov blir prioritert over formaliteter i den ambulante behandlingen før døgninnleggelse.
- I ambulant behandling etter døgnbehandling utføres flere aktiviteter per enkeltpasient, generelt flere direkte møter, og noe mer oppsøkende virksomhet, enn før døgninnleggelse.
- Vanskelig å konkludere om den ambulante behandlingen har påvirket antall frafall av pasienter fra behandling før døgninnleggelse eller avslutningsmåten fra døgnbehandlingen. Gjennomsnittlig antall dager i døgnbehandling har imidlertid økt.
- Koblingen mellom ambulant behandling i etterkant og brukerstyrte opphold bør gjennomgås og tydeliggjøres.
- Ambulant behandling i forkant har en rolle i inntaksprosessen som bør gjennomgås og tydeliggjøres.
- Det kan se ut som den ambulante behandlingen i hovedtrekk er i tråd med beskrivelsen av arbeidet, men det er muligens en for liten andel av aktivitetene som foregår oppsøkende.

INNHold

1. innledning	4
Om Tyrilistiftelsen	5
Bakgrunn for ambulant behandling i Tyrili	8
Tyrilis målgruppe og pasientgruppe	9
Politiske og faglige føringer	11
Formål og beskrivelse av ambulant behandling i Tyrili	17
Konkret arbeid i ambulant behandling	20
2. Kartlegging og evaluering	22
Metode og målsetning med rapporten	23
Hvilke data har vi	24
Forkant av døgninnleggelse	29
Etter døgnbehandling	32
Individuell planstatus og avbrudd	34
Behandlingsplan	37
Uteblivelse fra døgninnleggelse og avbrudd i døgnbehandling	37
Medarbeider- og pasientkommentarer	40
3. Diskusjon og konklusjon	50
Diskusjon	51
Konklusjon	56
Referanser	58

1

INNLEDNING

Tyrilis behandlingssenheter ligger i Trondheim (Tyrili Høvringen), i Folldal (Tyrili Frankmotunet), Lillehammer (Tyriliseret og Tyrilihaugen), Oslo (Tyrili Kampen og Tyrili Arena, og Stifinner'n som sorterer under Arena), og Skien (Sør). I 2017 åpner også en enhet i Arendal. I tillegg har man ulike støttefunksjoner til stiftelsen, lokalisert på ulike enheter.

Siden starten har en i Tyrili kalt pasientene for elever. Dette har bakgrunn i den sosialpedagogiske tenkningen som har vært, og i stor grad fortsatt er, grunnsteinen i Tyrili.

I denne rapporten kaller vi dem likevel for pasienter, for i denne sammenhengen å tilpasse oss terminologien i spesialisthelsetjenesten for øvrig.

OM TYRILISTIFTELSEN

Tyrilistiftelsen er en ideell stiftelse som tilbyr behandling til personer med rusavhengighet. Det betyr at et eventuelt overskudd føres tilbake til stiftelsen, og brukes til å forbedre og videreutvikle behandlingstilbudet. Stiftelsen er fundert på et humanistisk menneskesyn, og visjonen for arbeidet som gjøres i stiftelsen er at det skal være mulighetens sted. Dette betyr å gi mennesker med rusavhengighet mulighet til økt livsmestring gjennom tverrfaglig og helhetlig, integrert behandling.

Tyrilistiftelsen tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og er en del av spesialisthelsetjenesten, med avtale om kjøp av behandlingss plasser med både Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. I 2015 hadde Tyrilistiftelsen 168 døgnbehandlingss plasser og omkring 200 årsverk. Disse er fordelt på syv behandlingss enheter. Tyrili er en stor tilbyder innenfor TSB, og har ytelsesavtaler med helseforetakene Helse Sør-Øst (per 2015: 112,3 døgnplasser) og Helse Midt-Norge (per 2015: 35 døgnplasser). I tillegg har Tyrili avtale med Oslo kommune om 21 omsorgs- og rehabiliteringsplasser.

Tyrili tilbyr behandling og oppfølging til ungdom og voksne med rusavhengighet. Mange har tilleggspromblematikk knyttet til sosiale relasjoner og psykisk og fysisk helse (Fjeld og Jansen, 2015;

Nøkleby og Johansen, 2010). Rusavhengighet defineres i Tyrili i dag som en sykdomslignende, noen ganger kronisk tilbakevendende lidelse. Rusavhengighet kan sammenlignes med andre kroniske lidelser som type 2 diabetes og astma som er tilbakevendende somatiske lidelser (A. T. McLellan, Lewis, D. C., O'Brien, C. P. og Kleber, H. D., 2000). En kronisk lidelse vil i praksis si at lidelsen varer i en periode på over seks måneder, og må ikke misforstås med at lidelsen er uhelbredelig. Definisjon av rusavhengighet som Tyrili benytter er satt innenfor en biopsykososial modell og i tråd med nåværende nasjonale og internasjonale definisjoner (Helsedirektoratet, 2015a; WHO, 2008). Den biopsykososiale modellen bygger på at sykdom og lidelser er påvirket av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Engel, 1979), så også rusavhengighet.

Rusavhengighet kan noen ganger kreve behandlingsintervensjoner på ulike nivåer, på flere livsområder og til ulike tidspunkter i livet. Enkelte ganger over hele livsløp.

Medarbeiderne i Tyrili jobber sammen med pasientene om problemer og utfordringer knyttet til sosiale forhold, og psykisk og fysisk helse. Behandlingstilbudet gis med en målsetning om å gi trening og mestring i de utfordringer som kan møte pasientene i livet etter endt behandling. Rusavhengighet er altså et mangefasettert problem som krever ekspertise fra mange forskjellige fagfelt for forebygging, klinisk praksis og forskning. For behandling kreves det innsats på tvers av medisinske, psykologiske og sosialfaglige faggrupper.

I årsmeldingen fra 2015 står det at Tyrili mottok totalt 332 henvisninger, og av disse henvisningene kom 74 henvisninger fra Helse Midt-Norge, og 246 henvisninger fra Helse Sør-Øst. I tillegg til tolv henvisninger fra Velferdsetaten i Oslo kommune. Totalt ble det innskrevet 234 pasienter i døgnopphold, og brukerstyrt seng ble benyttet 15 ganger. Det var også 97 ganger pasienter ble innskrevne

Tabell 1. Oversikt over plasstyper og bruk i 2015

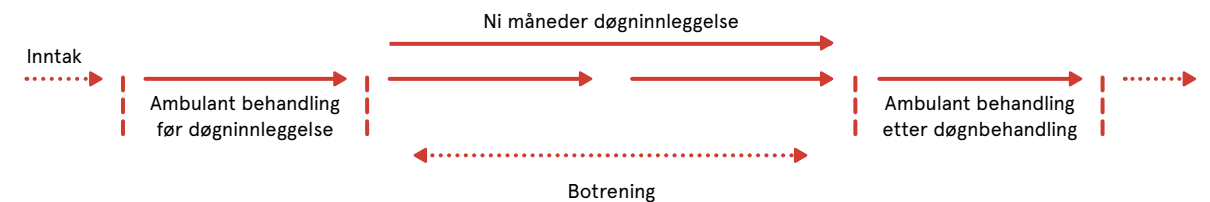
	Døgnopphold	Brugerstyrt opphold	Avrusning	Ambulant før	Ambulant etter
Helse Sør-Øst	168	9	97	334	71
Helse Midt-Norge	55	6	-	100	38
Oslo kommune	11	-	-	5	-
Totalt	234	15	97	439	109

i Tyrilis avrusningsenhet i løpet av året, se tabell 1. Gjennomsnittlig ventetid fra mottaksdato til inntak var 122 dager for pasienter fra Helse Sør-Øst, 130 dager for pasienter fra Helse Midt-Norge.

I tillegg til døgnbehandlingsplasser driver Tyrili ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse og i etterkant av døgnbehandling. Døgnbehandling og ambulant behandling kan sees på som et sammenhengende behandlingsforløp. I 2015 var det omkring 440 forløp i ambulant behandling for døgninnleggelse, og 109 forløp etter døgnbehandling. Fordelingen av plasstyper på de ulike avtalepartnerne kan sees i tabell 1.

Figur 1 illustrerer hvordan et behandlingsforløp i dag er tenkt. Ambulant behandling, sammen med botrening (Olsen og Sømhovd, 2015), er ment å binde sammen et behandlingsforløp som vanligvis vil strekke seg over en periode på 21 måneder.

Ytelsesavtalen er avtalen mellom Tyrili og de som kjøper tjenestene (for eksempel helseforetakene) om de tjenestene Tyrili tilbyr i hvilken mengde og til hvilken pris – en kontrakt.



Figur 1. Et typisk behandlingsforløp i Tyrili

BAKGRUNN FOR AMBULANT BEHANDLING I TYRILI

Feltarbeidere, utekontakt og etter hvert det vi i dag kaller ambulante tjenester har siden 1960-tallet, hovedsakelig knyttet til psykisk helsevern, drevet oppsøkende virksomhet i Norge (Hårstad, 2004). Ordet ambulant har sin opprinnelse i latin, og betyr direkte oversatt «å gå, eller bevege seg rundt fra sted til sted» (Lieberman, 2008). Ambulant arbeid er ikke stedbundet, og møtestedet vil ofte være individuelt tilpasset den man skal hjelpe. Formålet med ambulant behandling er å yte hjelp der den behandlingstrengende er, både fysisk og mentalt. Møtesteder kan i prinsippet være overalt der det er ønskelig og hensiktsmessig, som for eksempel i hjemmet, i fengsel, på arbeidsplassen, på kafé, eller man kan gå en tur sammen. Det trenger heller ikke alltid være et fysisk møte, men kan være en samtale over telefonen. Møtene kan skje en til en, men også med samarbeidspartnere eller pårørende tilstede. Tanken er at det skal gjøres individuelle vurderinger ut fra hva som er personens behov der og da.

Tyrilistiftelsen har alltid drevet en viss grad av ambulant aktivitet. Det vil si, det har vært en villighet til å strekke seg langt for de som hadde vært eller var i behandling. For eksempel ble det i begynnelsen gjerne lett gatelangs for å hente folk inn igjen i behandling. I dag er det ambulante arbeidet videreutviklet til et definert og moderne behandlingsopplegg.

I dag tilbys ambulant behandling i seks måneder før eventuell døgninnleggelse, døgnbehandling i omtrent ni måneder (gjennomsnitt fra 2015), og ambulant behandling i inntil seks måneder etter døgnopphold. Pasienten har i tillegg tilgang på brukerstyrt seng i forbindelse med ambulant behandling i etterkant av døgnbehandling. I avtalen med Helse Midt-Norge er den ambulante behandlingen finansiert gjennom døgnprisen, mens i Helse Sør-Øst drives det med en full-finansiert modell.

TYRILIS MÅLGRUPPE OG PASIENTGRUPPE

I Tyrilistiftelsens ytelsesavtaler blir målgruppen for behandlingstilbudet beskrevet:

«(...) personer med rusavhengighet og tilleggsproblematikk knyttet til fysisk og psykisk helse (depresjon, angst, ADHD, lettere personlighetsforstyrrelser, selvskading, moderate spiseforstyrrelser), volds- og kriminalitetsproblematikk samt sosiale vansker knyttet til relasjoner, fungering i egen bolig, arbeid / skole med mer. Aldersgruppen er kvinner og menn fra 18 år. Det gjøres individuelle vurderinger av behov for medikamentell støtte i behandlingen. Tyrili tilbyr individuell behandling i fellesskap med andre, og det er nødvendig å kunne nyttiggjøre seg grupper og ønske deltakelse i fellesskap. Tyrili gir også tilbud til pasienter som har vært i rusbehandling tidligere og som har behov for et kortere stabiliseringsopphold i døgnbehandling. Tyrili tar imot pasienter med ulik kulturell, religiøs og språklig bakgrunn. Vi anser likevel at søker må ha språklige forutsetninger for å delta på grupper og i samspill med andre elever [pasienter]. Det legges til rette for behov knyttet til kost og religiøs utøvelse.»

Det blir også beskrevet hvem som ikke faller innenfor målgruppen:

«Tilbudet omfatter ikke pasienter med behov for behandling av rusavhengighet og alvorlige psykiske lidelser (ROP). Pasienter med alvorlig voldsproblematikk, som gir seg utslag i trusler om vold og/eller utøvelse av psykisk, seksuell og/eller fysisk vold i behandlingsfellesskapet, er ikke innenfor målgruppen. Personer som av ulike årsaker har svært dårlige forutsetninger for å fungere i en stor gruppe bør ikke få sin behandling i Tyrili. Det samme gjelder for de som har så alvorlig skade eller sykdom at de blir avgrenset fra å delta i den daglige strukturen. Et godt samarbeid mellom pasienten og medarbeidere i Tyrili er en forutsetning for at pasienten skal lykkes i sin endringsprosess, og dersom dette ikke fungerer bør pasienten henvises videre til annet tiltak.»

Tyrili sikter seg således inn på en pasientgruppe som man tenker skal fungere i et fellesskap. Samarbeidet mellom pasient og medarbeidere settes som en forutsetning for at pasienten skal lykkes i behandling.

Selv om Tyrili i utgangspunktet ikke tar inn de med alvorlige psykiske lidelser og enkelte personlighetsforstyrrelser viser en kartlegging av pasientgruppen i Tyrili (Nøkleby og Johansen, 2010) at det er omfattende tilleggsproblematikk i pasientgruppen. Det var relativt mange som hadde psykiske plager, 33 prosent hadde tidligere vært innlagt i psykiatrisk døgnbehandling, 68 prosent hadde mottatt poliklinisk behandling, og 40 prosent hadde noen gang forsøkt å ta sitt eget liv. Rapporteringen av symptomer på depresjon (78 %) og angst (71 %) på tidspunktet var også svært høye. Kriminalitet og vold er en annen kjent tilleggsproblematikk til rusmiddel-avhengighet. Av de spurte pasientene var det 68 prosent som fortalte om egen voldsproblematikk. I tillegg var 77 prosent tidligere straffedømte. Det var 74 prosent av pasientene som noen gang hadde hatt en eller flere overdoser. Rundt 79 prosent rapporterte at de i perioder av livet hadde et daglig høyt forbruk av opiater. I perioder var det 46 prosent av de som ble kartlagt som hadde hatt et høyt daglig forbruk av amfetamin.

Fra Kunnskapssenterets nasjonale pasienterfaringsundersøkelse med døgnopphold innen TSB (Haugum og Holmboe, 2016) var det i overkant av 70 prosent av pasientene i Tyrili som hadde hatt ett eller flere behandlingsopphold for rusavhengighet tidligere. Av disse var det 20 prosent som hadde Tyrili som sitt siste behandlingssted, dermed var det på undersøkelsestidspunktet i underkant av 15 prosent av det totale antallet av innværende pasienter, som svarte på undersøkelsen, som hadde sitt *forrige behandlingsopphold* i Tyrili. En tverrsnittsundersøkelse utført i 2016 (Bergly, 2016) viste at omkring 50 prosent av de spurte pasientene hadde tidligere behandlingserfaring i Tyrili. Disse tallene underbygger at rusavhengighet kan være en kronisk lidelse for enkelte, og at det er behov for innsats også etter endt døgninnleggelse for å oppnå målet om økt livsmestring.

POLITISKE OG FAGLIGE FØRINGER

Rusreformen ble lansert i 2004 av Helsedepartementet. Med denne reformen fikk personer med rusavhengighet pasientrettigheter. Det førte også til at rusbehandlingsinstitusjoner som Tyrilistiftelsen ble en del av spesialisthelsetjenesten. Utviklingen i TSB har gått mot kortere opphold i døgninstitusjon. Denne dreiningen mot mer poliklinisk behandling og mindre tid i døgnopphold har det selvsagt vært diskusjon om i fagfeltet. Et viktig argument mot nedbygging av institusjonsplasser og skyvningen mot kortere behandlingstid er nettopp at spesialisthelsetjenesten og kommunene ikke har gode nok etterverns- og oppfølgingstilbud. Diskusjonen om behandlingstiden reelt er blitt kortere skal ikke tas her. Det har også vært bekymring for lange ventelister for å komme til døgnbehandling, dette var en relevant bekymring også i Tyrilistiftelsen.

I den tidligere nevnte tverrsnittsundersøkelsen som ble gjennomført i Tyrili (Bergly, 2016) ble også pasientene spurt om ventetid til døgnbehandling. Nesten alle (96 %) pasientene hadde stått på venteliste for å komme inn til døgnbehandling. Av disse pasientene opplevde nesten 18 prosent at de hadde ventet *altfor* lenge, og over 35 prosent at de ventet *ganske* lenge. En av fem pasienter vurderte også å bytte til et annet

behandlingssted med kortere ventetid. Tall fra Helse-Norge viser at det er henholdsvis 19 ukers ventetid for behandling i en Tyrili-enhet med avtale med Helse Midt-Norge, og 23 uker på Tyrilis behandlingsenheter med avtale med Helse Sør-Øst (Helse-Norge, 2016).

I stortingsmelding 30 (2011–2012) «Se meg!» (HOD, 2012b) er det beskrevet som at behandlings- og omsorgstilbud knyttet til det å bo, hjemmebesøk, krisesamtaler, kortvarige brukerstyrte døgnopphold og avrusning skal være tilgjengelige. Opptapping av ambulante og oppsøkende tjenester blir også beskrevet i opptappingsplanen for rusfeltet 2016–2020 (HOD, 2015).

Det spesialiserte helsetilbudet skal også ha større spillerom til å kunne tilby både raske intervensjoner og gi støtte over tid. Det skal være fokus på tilgjengelighet og kontinuitet heller enn nye henvisninger, og *brukerstyrte senger* skal være tilgjengelig. En brukerstyrt seng vil si at pasienten selv vurderer behovet for døgnplass for en kortere periode (Helsedirektoratet, 2015a).

Som det er beskrevet i nasjonal retningslinje for TSB skal en livløpstilnærming til rusavhengighet ivaretas i rusbehandling. Pasientenes behov for kontinuitet, fleksibilitet, tilgjengelighet og individuell tilpasning skal hensynstas (HOD, 2012a).

Innholdet i helsetjenester bør alltid ta utgangspunkt i gode faglige vurderinger, pasientens ønske og tilpasses pasientens varierende funksjonsnivå. Ambulant behandling kan gis hjemme hos pasienten eller på andre steder hvor vedkommende oppholder seg og har behov for bistand.

For å oppnå kontinuitet i behandlingsrelasjoner for personer med psykiske lidelser har de distriktpspsykiatriske senterne (DPS) utviklet et tilbud som innebærer stor grad av fleksibilitet mellom døgnopphold, polikliniske tjenester, dagsentra og ambulante tjenester. Dette er også en god måte å organisere behandlingstilbudet på for rusavhengige.

Tyrili har derfor over lengre tid, i tråd med disse politiske føringene, utviklet en modell som innebærer en noe kortere total tid i tradisjonell døgnbehandling. Modellen innebærer mer tid i leilighet for botrening (Olsen og Sømhovd, 2015) og mer fokus på tilrettelagt arbeidstrening tidlig i behandlingen. Det skal jobbes med fritid og sosiale relasjoner helt fra starten av, og helst i tett samarbeid med familie og nært nettverk. Filosofien i dag er at pasientene må trene på å mestre livet der livet skal leves. Tidligere tenkte man at det var riktig å komme seg langt bort fra «miljøet»; opp i skogen langt unna det som kunne minne om rusmiljøet. Med dagens filosofi er de fleste behandlingsheter

sentralisert til byene, der det er tenkt at pasientene skal leve etter døgnoppholdet. Det er derfor behov for fleksible og sømløse overganger mellom de ulike behandlingsmodellene som ambulant behandling, botrening, og henviste døgninnleggelse, og brukerstyrte senger. Gjennom lovpålagte avtaler mellom kommuner og helseforetak skal etablering av helhetlige pasient- og brukerforløp og arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner avklares. Det krever gode rutiner for samarbeid ved behandlingsavbrudd og reinntak ved behandlingsavbrudd.

Følgende er oppsummert i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2015a):

«(...) [TSB bør være et] tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske behandling, samt ambulante tjenester(...)» og «(...) tilby[s] ambulante tjenester på lik linje med stedfaste tjenester (dag, døgn og poliklinikk), særlig ved sammensatte problemer og ved [fare for] behandlingsavbrudd.»

FRA PILOTPROSJEKTET – «TETT PÅ» TIL AMBULANT BEHANDLING ETTER DØGNBEHANDLING

Tyrilistiftelsen har over tid utviklet en modell for å bedre det arbeidsrettede tilbudet etter døgnbehandling. Begrunnelsen var å minske frafall i glippsonen mellom TSB og den kommunale og

statlige velferdsforvaltningen. Modellen hadde som mål å utarbeide helhetlige og realistiske planer for arbeid, utdanning og bolig sammen med pasientene. Suksesskriteriet var at pasientene skulle komme raskt i gang med arbeid eller utdanning etter endt behandling. Pilotprosjektet ble kalt «Tett på», og var et samarbeidsprosjekt mellom Tyrilistiftelsen og NAV.

En evaluering av prosjektet (Sdartland og Johansen, 2013) viste at «Tett på» var vellykket på mange områder. Pasientene opplevde å få hjelp, og de aller fleste hadde gode planer for arbeid/ utdanning når de avsluttet døgnbehandling. Alle hadde godkjente aktivitetsplaner og ordnet økonomi etter sine forløp. Imidlertid ble, grunnet begrensede ressurser, målet om å følge opp pasientene etter utskriving i mindre grad realisert. Både de positive resultatene og de negative aspektene bekreftet et allerede eksisterende behov for, og et ønske om, å styrke behandlingsaktivitet som går utover tradisjonell døgnbehandling.

AMBULANT BEHANDLING OG «ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT»

I forlengelsen av pilotprosjektet, «Tett på», ble det førende å utvikle et godt ambulant tilbud i Tyrilistiftelsen. Dette ble gjort basert på andres erfaringer med ambulante tjenester. «Tett på», pilotprosjektet, brukte kunnskap og erfaring fra de mange ambulante teamene tilknyttet distriktpspsykiatriske sentre og ruspoliklinikker,

blant annet *Oppsøkende Behandlingsteam* i Stavanger, *Ambulant Brukerstyrt Tilnærming* i Bergen, og *Samhandlingsteam* i Bærum. Den gang ble det vurdert at en modell som Assertive Community Treatment (ACT), var godt egnet som forbilde for ambulant behandling i Tyrilistiftelsen. Målsetning med ACT er blant annet beskrevet som:

«ACT handler ikke bare om å gjøre tjenester mer tilgjengelige for de som ellers ikke ville kommet i institusjonsbasert behandling eller stadig faller ut av slik behandling. Det handler også om å møte bruker andre steder enn på et kontor for å sikre at bruker får en behandling og oppfølging som kan bidra til økt mestring av psykiske problemer. ACT-behandling handler om å lære å mestre» (s. 4, Aakerholt, 2013).

Fremstillingen er støttet blant annet i en kunnskapsoppsummering av effekten av ACT fra Cochrane Collaboration (Dieterich, Irving, Park og Marshall, 2010). Her understrekes nytten av en tverrfaglige teamtilnærming til ambulante tjenester for personer med særlig sammensatte problemer og som har et lavt funksjonsnivå. Ikke overraskende fant man at tid i døgninnleggelse gikk ned ved bruk av ambulante behandlingsteam. I tillegg mistet færre pasienter helt kontakt med helsetjenestene og de oppnådde en bedring i boforhold. Et høyere antall pasienter kom også i arbeid. De sannsynliggjorde også en redusert

risiko for selvmord og unaturlig død. Et mål for behandling i oppsøkende team i ACT er derfor at behandling i størst mulig grad skal oppleves som tilgjengelig, fleksibel, forutsigbar og koordinert, og skal i størst mulig grad flyttes ut av kontor og institusjon til brukerens hjem og nærmiljø (Hårstad, 2004).

ACT-team blir anbefalt i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (Helse- direktoratet, 2015b; HOD, 2012b).

En langsiktig og systematisk tilnærming med mestring og bedring, *recovery*, som målsetning bør dermed være malen for det ambulante arbeidet. ACT-modellen som opprinnelig ble utviklet i den amerikanske psykiatrien for å gi bedre behandling til personer med alvorlige psykiske lidelser er i dag videreutviklet for å anvendes i integrert behandling av mennesker med samtidig ruslidelser og alvorlige psykiske lidelser (ROP). Disse lidelsene blir ofte omtalt som ROP-lidelser i Norge. Pasienter med alvorlig ROP er en gruppe som ofte kjennetegnes ved at de har betydelige funksjonsnedsettelse. I mange tilfeller medfører dette at de ikke er i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad, derfor er det viktig å tilpasse behandlingen etter pasientens behov (Bergly, Gråwe og Hagen, 2014).

For pasienter med ROP regnes «Flexible Assertive Community Treatment» (FACT-modell) for å være en mer egnet måte å organisere ambulante tjenester på. FACT-teamene har to funksjoner som i forhold til ACT har et særlig stort fokus på:

1. ansvar for å gi et tett *teambasert* tilbud etter prinsippene i ACT for de brukerne som til enhver tid har behov for det
2. teamene har en *koordinerende* funksjon opp mot de som ikke har behov for en slik tett oppfølging som ACT.

Ung alder, arbeidsledighet og høyt antall behandlingforsøk er risikofaktorer for tilbakefall til rus etter rusbehandling (Nordfjærn, 2011). En vet også at god oppfølging etter døgnopphold i rusbehandlingssenheter effektivt kan redusere tilbakefallsraten. Slik oppfølging bør foregå i et samarbeid mellom spesialiserte behandlingstiltak og kommunale tilbud. Helst i tilknytning til døgnbehandlingss plasser, og med et spesielt fokus på de første månedene etter utskrivelse fra døgnopphold (Nordfjærn, 2011). Ambulant behandling i Tyrili er ment å ha som en viktig funksjon å binde sammen tjenester, før og etter døgnoppholdet, og skape et mer helhetlig behandlingsforløp.

Ambulante behandling i Tyrili skal arbeide utadrettet, og kan brukes til å gi hjelp til pasienter som er henvist til behandling enten de er med eller uten egen bolig, innlagt på sykehus eller annen institusjon. Dette skal

skje i et samarbeide med andre aktører som er eller kommer til å bli viktige for pasientens behandling og rehabilitering. FACT modellen ligger, som vi skal se, tett opp mot den strukturen og funksjonen ambulant behandling har i Tyrili, og særlig i forkant skal opprettelse av fungerende kontakt med samarbeidspartnere og nettverk og koordinerende aktivitet vektlegges.

Ambulant behandling i Tyrilistiftelsen er et tilbud for alle om ambulant oppfølging i seks måneder før inntak i døgnbehandling, som en del av inntaksprosessen, og seks måneders ambulant behandling etter døgnopphold. I Oslo Fengsel og Bredtveit fengsel er Stifinner`n, som tidligere kun ble definert som et behandlingsforberedende tiltak, i dag definert som ambulant behandling.

BEHANDLINGS- AVBRUDD OG UTEBLIVELSE

Det finnes lite systematisk kunnskap om uteblivelser. Hverken prevalenser, sammenhenger eller årsaker på uteblivelser fra rusbehandling er godt nok undersøkt eller dokumentert. Det kan se ut til at det er en sammenheng mellom kort tid fra påminnelse til innleggelse og oppmøte til behandling (Stasiewicz og Stalker, 1999).

Blant annet ung alder, personlighetsforstyrrelser, manglende eller dårlig allianse med behandler er kjente sårbarhetsfaktorer for behandlingsavbrudd (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen

Recovery innebærer bedring og mestring på en rekke livsområder. Det amerikanske kunnskaps-senteret The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) lister opp hvilke ti nøkkelfaktorer som personer med psykiske helseproblemer uttrykker som vesentlige for å oppnå dette, basert på undersøkelser blant flere tusen brukere med psykisk lidelse.

Nøkkelfaktorene er ofte beskrevet som:

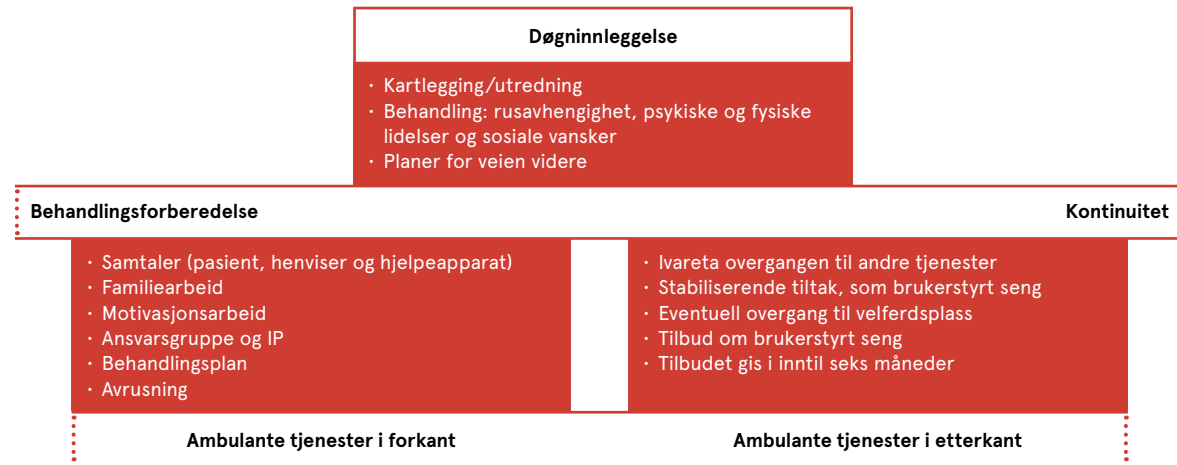
- Håp og optimisme
- Rom for individuelle variasjoner og målsettinger
- Helhetlig tenkning
- Likemannsperspektiv
- Gjensidighet i relasjoner
- Respekt
- Ansvarlighet
- Ikke-hierarkisk organisering
- Mestring
- Myndiggjøring

og Duckert, 2013). I tillegg er en svært viktig indikator på en vellykket behandling at behandlingen gjennomføres. Å bli i behandlingen er viktig. Derfor bør individuelle grunner for uteblivelse eller uønskede avbrudd undersøkes, med et mål om tilpasning av behandlingsrammer og nivå.

Det benyttes mange ulike definisjoner på et uønsket behandlingsavbrudd, og det er derfor vanskelig å beskrivelse hva et uønsket behandlingsavbrudd er. For eksempel så er det

forskjeller i tidsperioder før en registrering regnes som et uønskede behandlingsavbrudd, og ulike kriterier for hva et uønsket behandlingsavbrudd er (i motsetning til en tidlig planlagt avslutning av et behandlingsforløp). Disse ulikhetene gjør det også vanskelig å måle behandlingsavbrudd og systematisere kunnskapen.

Det antas at overdoser og andre kritiske situasjoner har høyere risiko etter at en pasient ikke møter til, eller har uønskede avbrudd, i behandlingen.



Figur 2. Behandlingsstruktur

FORMÅL OG BESKRIVELSE AV AMBULANT BEHANDLING I TYRILI

Figur 2 viser hvordan behandlingsstruktur og innhold er tenkt å overlape på tvers av behandlingsmodeller, faggrupper og tidspunkt i et behandlingsforløp i Tyrili.

AMBULANT BEHANDLING SOM EN SELVSTENDIG BEHANDLINGSINTERVENSJON

Ambulant behandling kan sees som en behandlingsintervensjon. Det er formelt sett likevel slik at pasientene anses som å være på venteliste. Malen for denne behandlingsintervensjonen kan oppsummeres i punktene nedenfor:

- Redusere ventetiden til Tyrili
- Forberede pasientene til døgnopphold
- Få et bedre grunnlag for vurdering av behov for døgnbehandling
- Skape mer fleksible behandlingsforløp
- Øke gjennomføring av døgnbehandlingen
- Trygge glippsonen etter døgnbehandling
- Minske antallet reinnleggelser

Ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse inngår som en del av inntaksarbeidet. Tjenesten er innrettet mot å hindre frafall før inntak i døgnenhet, og det skal etablere kontakt og samarbeid med henvisende instans og andre samarbeidspartnere. Herunder er også kontakt

med familie og nettverk viktig. Arbeid med motivasjon skal også vektlegges som viktig i inntaksarbeidet. Det gjøres vurderinger og kartlegginger i forhold til hvilke behov pasienten har. Noen ganger også om hvorvidt døgnbehandling i Tyrili er det riktige tilbudet (se beskrivelse av Tyrilis målgruppe på side 9).

Ambulant behandling i etterkant av døgnbehandling er også å regne som et behandlingstilbud. Tjenesten er en form for ettervern for å sikre glippsoner mellom døgnbehandling og livet etterpå. Ambulant behandling i etterkant av døgnbehandling skal skape relasjonell og behandlingmessig kontinuitet. I større grad enn ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse, innebærer det blant annet samtaleterapi, ansvarsgrupper og familie-/nettverksarbeid samt bistand til kontakt med aktuelt hjelpeapparat. Ambulant behandling i etterkant inkluderer også muligheten for brukerstyrt seng. Det ambulante arbeidet som utføres etter døgninnleggelse innbefatter ofte mye koordinerende og støttearbeid i forbindelse med for eksempel karriereveiledning og økonomi, og kontinuitet inn i det videre hjelpeapparatet. Ambulant behandling innebærer en forlenget kontakt med Tyrili som er tenkt å kunne sørge for at tidlige tilbakefall i større grad kan fanges opp og behandles fleksibelt og adekvat.

REDUSERE VENTETIDEN TIL TYRILI

Behandlingen i Tyrili starter den dagen pasienten får et tilbud fra Tyrili om behandling for rusavhengighet. Gjennom å ta inn pasienter i ambulant behandling seks måneder før planlagt døgninnleggelse, antok man at ventelistene til Tyrili ville gå ned og pasientene ville ha et reelt tilbud fra første samtale.

FORBEREDE PASIENTENE TIL DØGNOPPHOLD

Ambulant behandling skal ha sitt hovedfokus på boligsituasjon, fysisk og psykisk helse, deltakelse i ansvarsgruppe, utarbeidelse av individuell plan og behandlingsplan, kartlegging og etablering av kontakt med familie (inkludert barn) og nettverk, samt å informere om og forberede til døgnbehandlingen. Ved å gjøre bedre forberedelser til døgnopphold kan også tiden i døgnbehandling reduseres.

FÅ ET BEDRE GRUNNLAG FOR VURDERING AV FAKTISK BEHOV FOR DØGNBEHANDLING

Det er ikke alltid slik at den som skrives inn i ambulant behandling skal eller bør innlegges i døgnbehandling, også selv om det er dette de i utgangspunktet er henvist til. Innskriving i døgnbehandling vurderes grundig, spesielt når det gjelder pasientgruppen som er yngst, samt de som har gjentatte døgnopphold i TSB bak seg. Spørsmål som hensynstas i denne dynamiske vurderingen av innleggelse er:

- Kan ambulant behandling i Tyrili, i samarbeid med ansvarsgruppen, bidra til å skape en stabil bosituasjon?
- Er det mulig å utarbeide planer og tiltak tilknyttet arbeid eller utdanning?
- Kan familie og nettverk mobiliseres?
- Kan det settes i gang behandling knyttet til fysisk og psykisk helse?

Noen ganger kan slike tilretteleggelser gjøre at døgnopphold kan unngås. Det er også enkelte typer utfordringer hos potensielle pasienter som ikke tas inn til døgnbehandling i stiftelsen (se beskrivelse av Tyrilis målgruppe på side 9). For eksempel tas ikke pasienter inn som er i gjennomføring eller i påvente av dom i alvorlige sedelighetssaker. Dette handler ikke om at disse pasientene ikke også kan nyttiggjøre seg rusbehandling, men at behandlingen i stor grad foregår i et fellesskap.

SKAPE MER FLEKSIBLE BEHANDLINGSFORLØP MED TILTAK PÅ ULIKE NIVÅER

Et annet mål med ambulant behandling er å skape mer sømløse forløp der pasienten skal kunne benytte ambulant behandling og døgnopphold på ulike tidspunkt og av ulik varighet og med ulik intensitet – avhengig av behov. En fleksibel og ubyråkratisk modell der behandlingsrelasjoner og allianser kan opprettholdes over tid og på tvers av overganger og glippsoner i behandlingsforløpene er i tråd med politiske føringer (HOD, 2012b).

ØKE GJENNOMFØRINGSPROSENTEN

For å oppnå endring og bedring forutsettes faktisk at pasienten deltar i behandlingstilbudet. Som vi har sett over er avbrutt behandling et problem innenfor TSB. Tilbakefall og ustabilitet er en del av livet til de fleste rusavhengige, og dette må det tas høyde for i behandlingstilbudet.

MINSKE GLIPPSONEN MELLOM DØGNBEHANDLING OG KOMMUNALE TILTAK OG ANDRE DELER AV SPESIALISTHELSETJENESTEN

Samarbeid på tvers av etater og forvaltningsnivåer er en forutsetning for at pasientene skal øke sin livsmestring. Det er dessverre ikke alltid en selvfølge. Derfor er samarbeidet i ansvarsgrupper, og rundt individuelle planer, en viktig del av det ambulante tilbudet både i forkant og etterkant av døgnbehandling i Tyrili. Ambulant behandling i etterkant av døgnopphold vil i stor grad ha som formål å ivareta overgangene til kommunale og eventuelle andre tiltak.

REDUSERE ANTALL REINNLEGGELSE

Etter døgnopphold kan ambulant behandling, i samvirke med tilgang på brukerstyrt seng, minske behovet for fulle reinnleggelser. Ved tilbakefall av mindre alvorlig karakter kan raske tiltak iverksettes slik at ny døgninnleggelse kan unngås.



KONKRET ARBEID I AMBULANT BEHANDLING

FØR DØGNBEHANDLING

Tyrili Inntak saksbehandler alle henvisninger og pasienten får en foreløpig inntaksdato. Tyrili Inntak gir så saken til de som jobber ambulant i det området pasienten befinner seg. Pasienten registreres som «på venteliste» også mens de er i ambulant behandling før døgnbehandling. Det forventes at alle pasienter som får tilbud om plass i Tyrili, tar imot tilbudet om ambulant behandling før døgnbehandling. For innsatte på Bredtveit fengsel og i Oslo fengsel som er med i Stifinner`n-programmet (Bergsgard og Danielsen, 2012) inngår tilbudet som ambulant behandling, og de tjenester som beskrives under skal ivaretas også her.

Behandlingsplanen er helt sentral for det ambulante arbeidet. Alle henviste som mottar ambulant behandling skal ha en enkel og konkret behandlingsplan klar til innleggelse i døgnbehandling. Behandlingsplanen skal definere innhold og omfang av samtaler og andre tiltak.

Andre konkrete ting som bør gjennomføres i forbindelse med ambulant behandling i forkant av døgnbehandling er:

- Det skal kontrolleres at det er sendt inn førerkortmelding til fylkeslegen slik at pasienten ikke har anledning til å kjøre bil før rusproblemet er under kontroll.
- Det skal sikres at pasienten har individuell plan og ansvarsgruppe, og at minimum det første ansvarsgruppemøte er planlagt.
- Familie og nettverk skal kartlegges, inkludert ressurspersoner utenfor nærmeste pårørende, og det skal eventuelt opprettes kontakt. Samtykke for slik kontakt innhentes da.
- Kartlegging av eventuelle barn og informasjon om vårt ansvar for barn gis.
- Kartlegging av status for økonomi og gjeld, og søknad om arbeidsavklaringspenger.
- Kartlegging av somatisk helse, inkludert tannhelse. Vurdering av behov for somatisk helsehjelp skal gjøres.
- Detaljert informasjon om enheten vedkommende er henvist til skal gis.
- Vurdering av (eksisterende) medisiner
- Vurdere deltakelse i lavterskeltiltak i samarbeid med kommunen.
- Opprette kontakt med fastlege og LAR-kontakt
- Kartlegging av boforhold.
- Sikre gjennomføring av avrusning før eventuell døgninnleggelse.
- Kontakt med den henviste under avrusning – delta i tett samarbeid med avrusningsinstitusjonen.
- Kartlegge behovet for nødvendig utstyr og klær samt transport til døgnbehandlingsenheten.

- Formalisere overlapping til døgnenheten og bistå døgnbehandlingsenheten med plan for døgnbehandling.

Alle tjenester som utføres av Tyrili Inntak og de ambulante tjenestene skal journalføres og aktivitetstyper skal registreres i Tyrilistiftelsens fagsystem.

AMBULANT BEHANDLING ETTER DØGNINNLEGGELSE

Når pasienten er i ferd med å avslutte døgnbehandling skal pasientens tverrfaglige team i døgnenheten ta kontakt med det aktuelle ambulante teamet som er geografisk tilknyttet den kommunen pasienten skal flytte til. I tett samarbeid med pasienten skal det utarbeides en plan for de ambulante tjenestene etter døgnbehandling. Tilbud om ambulant behandling etter døgn er frivillig og pasienten må selv ønske dette.

Pasient og ambulant team utarbeider sammen en gjensidig forpliktende videre behandlingsplan som definerer innhold og omfang av ambulant behandling etter døgnbehandling. Forpliktete parter i denne planen er pasienten og pasientens kontaktperson i ambulant team. Behandlingsplanen innebærer ofte tjenester knyttet til et eller flere av følgende områder:

- Deltakelse i ansvarsgruppe og det videre arbeidet med individuell plan.

- Kontakt med samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og kommunen.
- Personlig oppfølging av pasienten i forhold til rusmestring, psykisk og fysisk helse, bolig, jobb og skole, økonomi, familie og nettverk, og andre tema som måtte være aktuelle.
- Tilbudet kan også innbefatte individuelle samtaler og/eller gruppesamtaler.
- Pasienten får tilbud og informasjon om pasientstyrt seng.
- Det bør utarbeides en kriseplan. Denne planen skal omfatte konkrete tiltak som skal settes inn dersom det oppstår problemer for pasienten som kan føre til tilbakefall eller har ført til tilbakefall.

HVEM JOBBER MED AMBULANT BEHANDLING I TYRILI

I Tyrilistiftelsen er det 15 sosialfaglige og helsefaglige behandlere som jobber ambulant i forkant av døgninnleggelse eller etterkant av døgnbehandling. I tillegg er det flere funksjoner som jobber med tilrettelegging for jobb og andre utadrettede aktiviteter i etterkant av døgnbehandling.

2

KARTLEGGING
OG EVALUERINGMETODE OG MÅLSETNING
MED RAPPORTEN

Denne rapporten kartlegger først ambulante og polikliniske aktiviteter registrert i Tyrilis fagsystem SOMA på ytelsesavtalene med Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, i perioden 01.01.2015 til 01.09.2016. Kartleggingen er kvantitativt beskrivende, og er basert på rådata fra Tyrilis fagsystem og ulike variabler med samlekategorier der det er relevant.

Ettersom ambulant behandling er i ytelsesavtalen med Helse Sør-Øst, inkluderer vi ikke de pasientene som tilhører ytelsesavtalen med Oslo kommune om omsorg- og rehabiliteringsplasser. Stifinnere tas heller ikke med da det ikke er vesentlige praktiske endringer i forbindelse med at de nå er *definert* som en ambulant tjeneste. En evaluering av Stifinner'n ble foretatt i 2012 (Bergsgard og Danielsen, 2012).

Utover kartleggingen av aktivitet, undersøkes og evalueres eventuelle endringer i uteblivelse til døgnbehandling og uønskede behandlingsavbrudd i perioden. Her benyttes noe statistisk testing der det er mangelfulle data. Det antas at manglende registreringer ikke er systematiske, og at de data som foreligger kan behandles som et utvalg.

Det trekkes i siste del inn et kvalitativt perspektiv fra samtaler med medarbeidere og pasienter på hvordan tjenesten fungerer i praksis.

Målet med kartleggingen er altså å avdekke om det er samsvar mellom beskrivelsen av ambulant behandling og den praktiske utførelsen, og om tilbudet har påvirkning på antallet uteblivelser til døgninnleggelse og uønskede behandlingsavbrudd i døgnbehandling.



HVILKE DATA HAR VI

I evalueringsperioden ble omkring 8000 aktiviteter registrert på ambulant behandling eller inntak i Tyrilistiftelsens fagsystem. Av disse var omkring 60 prosent av aktivitetene utført i forkant av døgninnleggelse, resten i etterkant av døgnbehandling. Antallet ambulante forløp i forkant av døgninnleggelse er likevel lavere enn denne fordelingen skulle tilsi, med 161 avsluttede forløp i etterkant mot 636 i forkant, ettersom antallet aktiviteter per pasient er høyere i ambulant etter døgnbehandling. En av grunnene til dette er at ambulant behandling i forkant er vanligvis en obligatorisk start på et behandlingsforløp i Tyrili, mens ambulant i etterkant i større grad er å regne som et frivillig tilbud.

En kombinasjon av uteblivelser fra døgninnleggelse og uønskede behandlingsavbrudd i døgnbehandlingen er en annen årsak til lavere antall forløp i etterkant. Videre er det gjennomsnittlig flere pasienter registrerte med flere forløp i forkant (17 %) sammenlignet med i etterkant (4 %). Antagelig fordi pasientene er i en mer ustabil situasjon i forkant av døgninnleggelse.

På grunn av slike multiple forløp, etterstreber vi i våre data å holde beskrivelsen på individnivå, der dette er mulig. Der det er presentert tall basert på antall forløp er dette beskrevet i tekst.

Vi filtrerer også vekk de som fortsatt sto som aktive, og inkluderer således kun forløp som var avsluttet første september 2016. Ettersom et forløp er inntil seks måneder, så blir det relativt færre avsluttede forløp for ambulant i etterkant sammenlignet med forkant jo nærmere vi kommer kuttdatoen 01.09.2016.

Det er selvfølgelig noen som ikke ønsker ambulant behandling i etterkant av sin døgnbehandling. Det finnes ikke egne registreringer av hvem som ikke ønsker ambulant behandling i etterkant av døgnbehandling. Uteblivelser fra døgninnleggelse, og forskjellen i avbrudd av ambulant behandling sammen med behandlingssavbrudd i døgnbehandling indikerer at dette antallet er lavt.

KJØNN OG ALDER

I evalueringsperioden (01.01.2015 til 01.09.2016) hadde Tyrilis pasienter i ambulant behandling en gjennomsnittsalder på 31,8 år (standardavvik = 7 år). Modus, altså den alderen det var flest av, på 25 år.

Andelen kvinner i behandling i Tyrilistiftelsen ligger typisk et sted mellom 20 og 30 prosent, uten kjente systematiske variasjoner. I tverrsnittet som dannet grunnlag for Kunnskaps-senterets pasienterfaringsundersøkelse fra 2015 var 28 prosent kvinner (Haugum og Holmboe, 2016).

I perioden som denne evalueringen dekker, var det 19,9 prosent kvinner i ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse. For ambulant behandling i etterkant av døgninnleggelse var det 20,2 prosent kvinner.

Selv om det er noe variasjon i fordelingen av kjønn (høyere andel kvinner i ambulant i etterkant av døgnbehandling i 2015), har vi ingen indikasjoner på at denne variasjonen er systematisk.

Tabell 2. Kjønn

	År	Kvinne	Mann
Før døgninnleggelse	2015	20 %	80 %
	2016	19 %	81 %
Etter døgnbehandling	2015	26 %	74 %
	2016	19 %	81 %

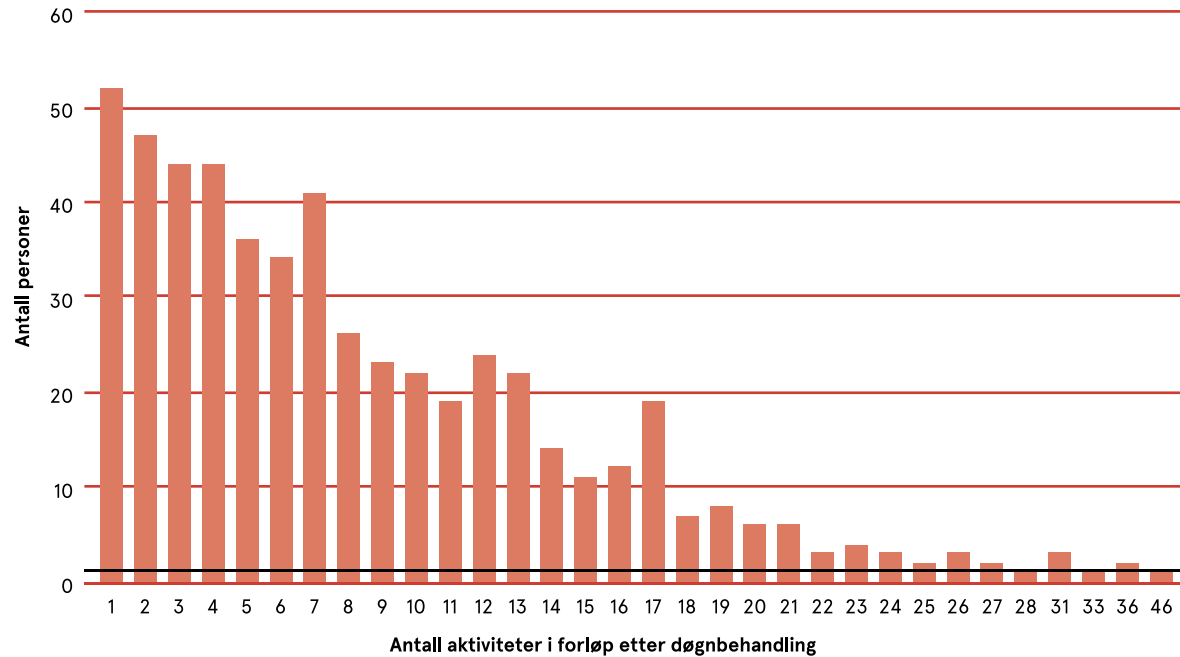
ALDER

I «Forskrift om endring i forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd» fastslås det at barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusavhengighet har rett til vurdering innen ti virkedager fra henvisningen er mottatt. I tillegg skal fristen for denne gruppen for oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp ikke overstige 65 virkedager. Fristen regnes fra den dato det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (HOD, 2008).

I materialet som denne rapporten benytter var i underkant av ti prosent av pasientene under 23 år. Gjennomsnittsalder var 31 år i forkant og 32 år i etterkant, mens modus var 26 år både i ambulant behandling i forkant og etterkant. Yngste pasient i forkant var 18 år, mens yngste i etterkant var 21 år. Det var et aldersspenn på omkring 40 år, fra 18 år til 59 år. Tabell 3 viser fordelingen innenfor fire alderskategorier og kjønn. Vi kan se at andelen kvinner i de lavere alderskategoriene, opptil 30 år, er høyere. Dette forholdet er særlig tydelig i ambulant behandling i etterkant av døgnbehandling, der 62 prosent av kvinnene var under 30, mens 39 prosent av mennene var det. Det er imidlertid ingen indikasjon på at denne variasjonen var systematisk.

Tabell 3. Fordeling av aldersgrupper kjønn

	Aldersgruppe	Kvinne	Mann
Før døgninnleggelse	under 23	9 %	8 %
	23 til 30	46 %	43 %
	31 til 40	30 %	34 %
	over 40	16 %	15 %
Etter døgnbehandling	under 23	5 %	6 %
	23 til 30	57 %	33 %
	31 til 40	24 %	48 %
	over 40	14 %	14 %



Figur 3. Antall aktiviteter per person før døgntilleggelse

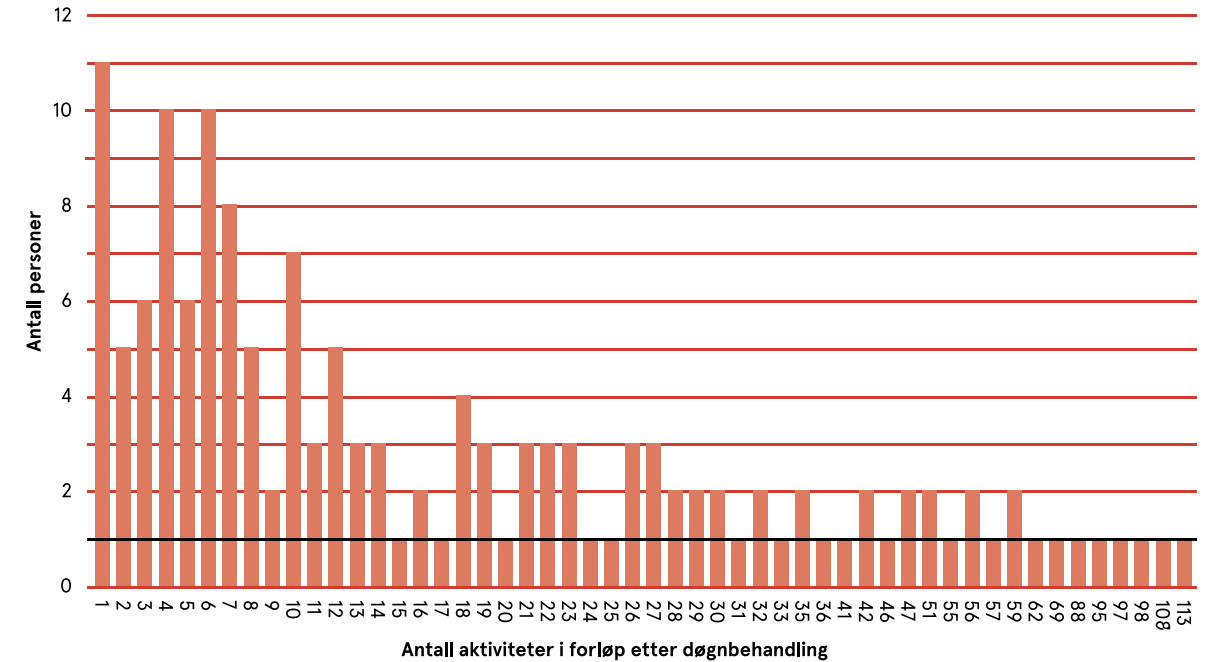
ANTALL AKTIVITETER PER PERSON OG KJØNN

Figur 3 viser fordelingen av antallet mottatte aktiviteter før døgntilleggelse. Mens Figur 4 viser antallet aktiviteter etter døgntilleggelse. Vær oppmerksom på at skalaen på Y-aksen, antallet personer, er ulik for de to figurene.

Det en kan se i Figur 3 er et relativt jevnt fallende antall aktiviteter per person fra de som har veldig få aktiviteter til omkring 15 aktiviteter og deretter et relativt lite antall personer som har

hatt flere aktiviteter enn dette. Maksimalt antall aktiviteter for en person i ambulant behandling i forkant av døgntilleggelse var 46. Den sorte horisontale linjen markerer én person.

28 prosent av de som hadde under tre aktiviteter før døgntilleggelse (~25 prosentil, på tvers av kjønn) og elleve prosent av de med under seks aktiviteter (~median, på tvers av kjønn) var i ikke gjennomførte forløp.



Figur 4. Antall aktiviteter per person etter døgntilleggelse

Det en kan se i Figur 4 er et mindre jevnt fallende antall aktiviteter per person. Det er flere, i overkant av 50 personer, som har hatt relativt mange (>15) aktiviteter. Maksimalt antall aktiviteter for en person i ambulant behandling i etterkant av døgntilleggelse var 113 i to praktisk talt sammenhengende forløp (99 i et enkelt forløp). Den sorte horisontale linjen markerer én person.

21 prosent av de som hadde under fem aktiviteter etter døgntilleggelse (~25 prosentil, på tvers av kjønn) og elleve prosent av de med under ti aktiviteter (~median, på tvers av kjønn) var i ikke gjennomførte forløp.

Tabell 4 viser fordeling av antall registrerte aktiviteter på enkeltpersoner i ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse respektive etterkant av døgnbehandling. For henviste kvinner kan vi se at medianen for ambulante aktiviteter i forkant av døgninnleggelse er syv, mens den for menn er fem. En Mann-Whitney U-test indikerer at forskjellen ikke er statistisk signifikant ($p = 17$). For ambulante aktiviteter i etterkant av døgninnleggelse er forskjellen ti respektive elleve, og heller ikke signifikant ($p = 52$). Med andre ord så er det ikke indikasjon på at kvinner får flere ambulante aktiviteter enn menn i tidsperioden vi har målt. Det er ikke grunn til å anta at dette er tilfeldig i denne perioden.

Det vi videre kan se i Tabell 4, er at i ambulante forløp før døgninnleggelse har 25 prosent av de henviste mottatt tre eller færre aktiviteter (likt for begge kjønn). For ambulant behandling etter døgnbehandling har 25 prosent mottatt fem eller færre aktiviteter (likt for begge kjønn). Blant kvinnene fikk 75 prosent av forløpene elleve aktiviteter eller færre i løpet av sine forløp før døgninnleggelse, sammenlignet med 75 prosent av menn som fikk ti eller færre. For ambulant behandling i etterkant av døgnbehandling fikk 75 prosent av kvinnene 20 eller færre aktiviteter mens mennene 24 eller færre.

Tabell 4. Antall aktiviteter fordelt på kjønn*

	Prosentiler	Kvinner	Menn
Før døgninnleggelse	25	3	3
	Median	7	5
	75	11	10
	95	18	17
Etter døgnbehandling	25	5	5
	Median	10	11
	75	20	23
	95	50	56

*Ikke gjennomførte er filtrert ut

For ambulante aktiviteter i forkant av døgninnleggelse hadde de øverste fem prosentene av kvinnene mottatt 18 aktiviteter eller flere. Det maksimale antallet var 33. De øverste fem prosent av mennene hadde mottatt 17 eller flere. Her var maksantallet 46 (en person).

De fem prosentene av kvinnene som mottok flest aktiviteter etter døgnbehandling fikk 50 aktiviteter eller flere, med et maksantall på 57 aktiviteter. De øverste fem prosentene menn fikk 56 aktiviteter eller flere med et maksantall på 113 (en person).

FORKANT AV DØGNINNLEGGELSE

På ytelsesavtalene med Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst ble det mellom 01.01.2015 og 01.09.2016 registrert i overkant av 4600 ambulante aktiviteter i forløp før døgninnleggelse. Tabell 5 viser antall registrerte aktiviteter og andeler for aktiviteter i perioden fordelt på ytelsesavtalene Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst.

Tabell 5. Registrerte aktiviteter per ytelsesavtale

	Antall	Andel
Helse Midt-Norge	969	21 %
Helse Sør-Øst	3668	79 %

AKTIVITETSTYPER FØR DØGNINNLEGGELSE

Polikliniske og ambulante aktiviteter i Tyrili registreres i fagsystemet SOMA, og er registrert som aktivitetstyper i samsvar med de polikliniske takstene i «Regelverk og takstar for sjukehus og poliklinikk» (HELFO, 2016).

Som det fremgår av Tabell 6 var nesten halvparten av aktivitetene før døgnbehandling telefonsamtaler med samarbeidspartnere. Om man slår sammen disse samtaler og telefonsamtaler med pårørende eller pasienten selv var omkring 65 prosent av de registrerte aktivitetene telefonsamtaler.

Tabell 6. Aktivitetstype før døgnbehandling

	Andel
Ansvarsgruppe/samarbeidsmøte	5 %
Behandlingsgruppe	<1 %
Familie og pårørende behandling	<1 %
Felles aktivitet/turer	<1 %
Fritid og nettverksarbeid	<1 %
Individuell samtale/behandling	17 %
Oppstart ambulant i forkant, førstegangssamtale	8 %
Oppstart behandlingsplan	4 %
Samarbeid med pårørende uten pasient	<1 %
Samarbeidsmøte (uten pasient)	1 %
Telefonsamtale med pasient	15 %
Telefonsamtale med pårørende	2 %
Telefonsamtale med samarbeidspart	48 %

Telefonsamtaler generelt er noenlunde likt distribuert i de ulike ytelsesavtalene, men i Helse Midt-Norge er det en høyere andel av aktivitetene som var samtaler med samarbeidspartner, og et samsvarende lavere antall telefonsamtaler med pasienten. Helse Sør-Øst korttid har det motsatte mønsteret med flere samtaler med pasient.

Vi delte aktivitetstypene inn i 1) *Fysisk møte med pasienten*, 2) *Telefonsamtale med pasienten*, og 3) *Aktiviteter uten pasient*. I hele stiftelsen utgjorde 33 prosent av aktivitetene før døgnbehandling faktiske møter med pasient. Det var som en kan se i Tabell 7 noe variasjon mellom ytelsesavtalene.

1. Møte med pasienten inkluderer ansvarsgruppemøter, behandlingsgrupper, felles aktiviteter, individuell samtale, førstegangs-samtaler og oppstart av behandlingsplan.
2. Telefonsamtale med pasienten inneholder kun denne aktiviteten.
3. Aktiviteter uten pasienter er således alle andre aktivitetstypene.

Tabell 7. Aktivitetstyper med og uten kontakt med pasient

	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst
Aktivitet uten pasient	69 %	47 %
Møte med pasient	22 %	36 %
Telefonsamtale med pasient	9 %	17 %

Aktivitetene uten kontakt med pasienten utgjør en høy andel av aktivitetene for ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse.

AKTIVITETSSTED OG AKTIVITETSSTATUS FØR DØGNINNLEGGELSE

I våre registreringer ser vi en meget høy grad av gjennomførte aktiviteter. Over 95 prosent av alle polikliniske og ambulante aktiviteter er kodet som «gjennomført», uavhengig av aktivitetstype og ytelsesavtale. Vi tror dette er en konsekvens av at flere aktiviteter påbegynnes, men aldri registreres. Likevel velger vi her kort å se nærmere på relasjonen mellom gjennomføringsgrad, ulike aktivitetstyper og aktivitetssteder. Vær imidlertid

oppmerksom på at det er stor usikkerhet ved disse tallene.

Overordnet uteble pasienten fra avtalen i 2,6 prosent av tilfellene, mens aktivitetene ble avlyste *eller* utsatt av pasient eller behandler i 1,7 prosent av tilfellene.

Ser en på aktivitetsstatus fordelt på ulike aktivitetstyper er det en noe lavere aktivitetsstatus for *faktiske møter* med pasient, enten det er inne på en enhet eller ute.

Telefonsamtaler med samarbeidspartner har den høyeste gjennomføringsgraden (98,6 %), mens telefonsamtaler med pasienter har noe lavere gjennomføring med 94,7 prosent, hvor uteblivelse til aktiviteten utgjør 2,1 prosent av de ikke gjennomførte. Det er imidlertid en rimelig antagelse at en så høy gjennomføringsgrad kan være et resultat av registreringsrutiner.

Totalt i stiftelsen foregår rundt 25 prosent av aktivitetene før døgninnleggelse fysisk ute av enhetene. Tabell 8 viser andelen av de ulike aktivitetsstedene.

Tabell 8. Sted for aktivitet før døgntilrettelagt behandling

	Andel
Annet ambulant sted	12 %
Fengsel	4 %
Hjemme hos pasient	<1 %
Hos ekstern instans	8 %
Tyrili Arena	29 %
Tyrili Frankmotunet	<1 %
Tyrili Høvringen	17 %
Tyrili Kampen	2 %
Tyrili Sør	18 %
Tyrilihaugen	<1 %
Tyriliseret	9 %
Tyrilitunet	<1 %

Inkluderer «Oppstart ambulant i forkant, førstegangs-samtale», som rutinemessig foregår inne på enheten.

Tabell 9 viser samlekategorier for aktivitetssted 1) *Inne på en Tyrilienhet*, 2) *Der pasienten er* og 3) *Hos en ekstern instans*.

1. Alle møter inne på Tyrilienheter.
2. Inkluderer aktivitetssteder som «Annet ambulant sted», «Fengsel» og «Hjemme hos pasient».
3. «Hos ekstern instans» inkluderer kun denne registreringen.

Tabell 9. Faktisk ambulant aktivitet før døgninnleggelse fordelt på ytelsesavtaler

	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst
Inne på en Tyrilienhet	85 %	74 %
Der pasienten er	6 %	19 %
Hos ekstern instans	9 %	7 %

Ekskluderer «Oppstart ambulant i forkant, førstegangs-samtale», som rutinemessig skal foregå inne på enheten. Kategoriene uttrykker derfor «faktisk ambulant aktivitet», det vil si aktiviteter der behandler oppsøker pasienten for et fysisk møte. Der pasienten er inkluderer ambulante aktiviteter i fengsel der pasienten allerede er.

Det ble undersøkt om det var en sammenheng mellom aktivitetsstatus og aktivitetssted. Det viser seg at det i forhold til møter inne på en Tyrilienhet er det statistisk signifikant flere aktiviteter der pasienten er som er registrert som gjennomført ($\chi^2 = 23,1$; $p < .001$). I forhold til møter inne på en Tyrilienhet er det signifikant færre møter ute hos ekstern instans som er registrert med status som gjennomført ($\chi^2 = 11,6$; $p < .001$).

ETTER DØGNBEHANDLING

På ytelsesavtalene med Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst ble det mellom 01.01.2015 og 01.09.2016 registrert i underkant av 3000 ambulante aktiviteter i forløp etter døgnbehandling. Tabell 10 viser totalantall aktiviteter i perioden for ytelsesavtalene.

Det ble kodet i overkant av 3000 ambulante aktiviteter etter døgnbehandling fordelt på ytelsesavtalene med Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

Tabell 10. Registrerte aktiviteter per ytelsesavtale

	Antall	Andel
Helse Midt-Norge	1456	49 %
Helse Sør-Øst	1537	51 %

AKTIVITETSTYPER ETTER DØGNBEHANDLING

I tabell 11 fremgår det at telefonsamtaler utgjorde 46 prosent av registrerte aktiviteter i ambulant behandling etter døgnbehandling sammenlignet med 65 prosent i forkant. Videre ser vi at 34 prosent av aktivitetene etter døgnbehandling var telefonsamtaler med pasient, og 13 prosent var telefonsamtaler med samarbeidspartner eller pårørende. Under ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse var andelen telefoner med samarbeidspartnere eller pårørende på 50

prosent. Det vil altså si at det er omkring dobbelt så mange telefonsamtaler direkte med pasient sammenlignet med ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse. Samsvarende utgjør antallet telefonsamtaler med samarbeidspartner omkring en femtedel av andelen av samtaler i ambulant behandling i forkant av døgnbehandling. Telefonsamtaler er noenlunde likt distribuert i de forskjellige ytelsesavtalene.

Tabell 11. Aktivitetstyper etter døgnbehandling

	Andel
Ansvarsgruppemøte/samarbeidsmøte	6 %
Behandlingsgruppe	12 %
Familie og pårørende behandling	<1 %
Felles aktivitet/turer	3 %
Fritid og nettverksarbeid	<1 %
Individuell samtale/behandling	29 %
Samarbeid med pårørende uten elev	<1 %
Samarbeidsmøte (uten elev)	2 %
Telefonsamtale med pasient	34 %
Telefonsamtale med pårørende	2 %
Telefonsamtale med samarbeidspartner	11 %

For den ambulante behandlingen i forkant av døgninnleggelse samlet vi på samme måte som for aktiviteter i forkant av døgninnleggelse aktivitetstypene i tre kategorier. Aktiviteter som involverte, 1) *Direkte møte med pasient*, 2) *Telefon-samtale med pasient*, 3) *Aktivitet uten at pasienten var direkte involvert (Aktivitet uten pasient)*. Aktivitetstyper fordelt på ytelsesavtalene er presentert i Tabell 12. I kontrast til ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse var det i etterkant betydelig færre aktiviteter uten direkte kontakt med pasienten, på tvers av ytelsesavtalene. Videre var 50 prosent av aktivitetene fysiske møter med pasienten og 34 prosent telefonsamtaler direkte med pasient. Det vil si at 84 prosent av aktivitetene i etterkant var aktiviteter med pasienten, noe som er omtrent en dobling i forhold til ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse.

Tabell 12. Aktiviteter med og uten pasient etter døgnbehandling

	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst
Aktivitet uten pasient	16 %	15 %
Møte med pasient	49 %	52 %
Telefonsamtale med pasient	35 %	33 %

AKTIVITETSSTED OG AKTIVITETSSTATUS ETTER DØGNBEHANDLING

Tabell 13. Sted for aktivitet etter døgnbehandling

	Andel
Annet ambulant sted	25 %
Fengsel	<1 %
Hjemme hos pasient	7 %
Hos ekstern instans	7 %
Tyrili Arena	15 %
Tyrili Frankmotunet	<1 %
Tyrili Høvringen	30 %
Tyrili Kampen	<1 %
Tyrili Sør	12 %
Tyrlisenteret	5 %
Tyrlitunet	<1 %

Sted for ambulant aktivitet etter døgninnleggelse benytter de samme inndelinger som for ambulant behandling i forkant: 1) *Inne på en Tyrilienhet*, 2) *Der pasienten er* og 3) *Hos en ekstern instans*.

Tabell 14. Faktisk ambulant aktivitet etter døgnbehandling fordelt på ytelsesavtaler

	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst
Inne på en Tyrilienhet	61 %	59 %
Der pasienten er	31 %	35 %
Hos ekstern instans	8 %	6 %

Aktivitetsstatusen, altså om aktiviteten er gjennomført eller avbrutt/avlyst, for aktiviteter i ambulant behandling etter døgnbehandling er tilnærmet lik som for ambulant behandling før døgninnleggelse. Men vi ser at også i ambulant etter døgnbehandling er gjennomføringen av aktiviteter inne på Tyrili avlyst eller avbrutt i flere tilfeller enn for de andre møtestedene ($\chi^2 = 27,0$; $p < .001$).

En krysstabulering med aktivitetsstatus viser også at det er statistisk signifikant flere gjennomførte aktiviteter når disse skjer der pasienten er ($\chi^2 = 23,1$; $p < .001$) og signifikant færre der møtet skulle ha foregått ute hos ekstern instans ($\chi^2 = 11,6$; $p < .001$).

INDIVIDUELL PLANSTATUS OG AVBRUDD

En av oppgavene til ambulant behandling før døgninnleggelse er individuell plan, det står beskrevet i det ambulante tilbudet: «Det skal sikres at pasienten har individuell plan og ansvarsgruppe, og at minimum det første ansvarsgruppemøte er planlagt».

Status for arbeidet med individuell plan skal registreres i fagsystemet. I Tabell 15 under kan en se status for individuell plan for polikliniske og ambulante forløp som var i ambulant behandling før og etter døgn.

Tabell 15. Status for individuell plan (NPR kategorier)

	Andel
IP er ikke vurdert	<1 %
IP er under arbeid i spesialisthelsetjenesten	4 %
Melding om behov for IP sendt kommunen	1 %
Pasienten er informert men avslag/samtykke foreligger ikke	20 %
Pasienten har allerede en IP	35 %
Pasienten har avslått tilbud om IP	3 %
Pasienten oppfyller ikke kriteriene	<1 %
Pasienten oppfyller kriteriene	9 %
Pasienten ønsker individuell plan, samtykke foreligger	1 %
Ukjent med status for individuell plan	27 %

Ut fra registreringene av individuell plan i fagsystemet så ser man at det er en 25 prosent av pasientene som faktisk har en individuell plan på plass før døgninnleggelse. Etter døgnbehandlingen har denne statusen endret seg slik at de fleste pasientene har en individuell plan når de skrives ut fra døgn, se tabell 16. Den samme tendensen finner man om man deler registreringer av individuell plan på ytelsesavtaler, se tabell 17, for flere detaljer.

Tabell 16. Andel som har individuell plan

	Har ikke IP*	Har IP
Før døgninnleggelse	75 %	25 %
Etter døgnbehandling	31 %	69 %

*Inkluderer ukjent status

Tabell 17. Andel som har individuell plan ved gjennomføring av ambulant i forkant respektive etterkant fordelt på ytelsesavtaler

		Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst
Før døgninnleggelse	Har ikke IP*	69 %	77 %
	Har IP	31 %	23 %
Etter døgnbehandling	Har ikke IP*	13 %	36 %
	Har IP	87 %	64 %

*Inkluderer ukjent status

Tabell 18 beskriver forholdet mellom individuell plan og behandlingsbrudd/ukjent status. Det er ikke forskjell i behandlingsavbrudd for pasienter med eller uten individuell plan, det vil si at det er like mange som har individuell plan og som ikke har individuell plan i begge avslutningsgruppene.

Tabell 18. IP status og avslutningsmåte

		Ukjent eller avbrutt	Etter gjensidig avtale
Før døgninnleggelse	Har ikke IP*	69 %	70 %
	Har IP	31 %	30 %
Etter døgnbehandling	Har ikke IP*	26 %	29 %
	Har IP	74 %	71 %

*Inkluderer ukjent status



BEHANDLINGSPLAN

Et suksesskriterium for den ambulante behandlingen er at pasienten skal ha en behandlingsplan ved døgninnleggelse.

I hele stiftelsen hadde omkring 15 prosent behandlingsplan som registrert aktivitetstype som den første ambulante aktiviteten. Ved den tredje registrerte ambulante aktivitet var andelen som hadde behandlingsplan gått opp til 33 prosent, og ved femte aktivitet hadde den steget til 44 prosent. Ved avslutning av ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse var andelen som hadde behandlingsplan oppe i 71 prosent.

UTEBLIVELSE FRA DØGNINNLEGGELSE OG AVBRUDD I DØGNBEHANDLING

DEFINISJONER

For å kartlegge om andelen av uteblivelser og behandlingsavbrudd innenfor evalueringsperioden har endret seg, er det nødvendig å gjøre enkelte antagelser og tilpasninger. For å identifisere uteblivelse fra døgninnleggelse benytter vi fem koder for brukerstatus:

- «Avslått», innebærer i denne sammenhengen at pasienten er henvist, men etter en vurdering, noen ganger etter videre vurdering under den ambulante behandlingen, av en eller annen årsak viser seg ikke å være i målgruppen, og dermed ikke tas inn til døgnbehandling i Tyrili. Se avsnittet om Tyrilis målgruppe for en detaljert beskrivelse.
- «Trukket» vil i de fleste tilfeller si at en pasient selv har valgt å ikke fortsette sin behandling i Tyrili og trekker seg før døgninnleggelse.
- «Uteblitt» vil si at pasienten var forventet til døgninnleggelse, men ikke kom.
- «Gjennomført» og «overført» vil si at pasienten enten har blitt overført innad i Tyrili, eller har gjennomført sin behandling i Tyrili.

For å muliggjøre en kvantitativ sammenligning har vi valgt å dele perioden opp i kvartaler og lagd følgende samlekategori i en ny variabel for brukerstatus:

- Gjennomført eller overført
- Avslått eller trukket
- Uteblitt

Avslutningstyper *under døgntilretteliggelse* kodes som definert av Norsk Pasientregister (NPR):

1. Etter gjensidig avtale mellom pasient og helseinstitusjon/behandler i henhold til behandlingsplan eller avtalt forløp
2. Behandlingsavbrudd initiert fra pasientens side (beskjed gitt)
3. Behandlingsavbrudd hvor pasienten uteblir (beskjed ikke gitt)
4. Behandlingsavbrudd initiert fra pasientens side (beskjed gitt)
5. Behandlingsavbrudd initiert fra behandler/institusjon uten gjensidig avtale
6. Dødsfall

For avslutningstyper regner vi gjensidig avtale eller dødsfall som ikke-avbrudd, mens behandlingsavbrudd fra pasientens eller Tyrilist side, gjensidig eller ikke, og med eller uten beskjed for å være avbrudd. Dette samsvarer med en konservativ definisjon av avbrudd som ikke-planlagt eller ikke-etter-avtalen avslutning av behandlingen.

Det er også et antall tomme linjer i våre data grunnet varierende registreringsrutiner gjennom evalueringperioden. Årsaken til dette er delvis at rutinene for registrering har endret seg underveis i evalueringperioden.

UTEBLIVELSER FRA DØGNINNLÆGGELSE

I ytelsesavtalen mellom Tyrilistiftelsen og Helse Sør-Øst er ambulant behandling i forkant av døgntilretteliggelse beskrevet som «*et døgntilretteliggelsesforberedende tiltak innrettet mot å hindre frafall før inntak i døgnhet, etablere kontakt og samarbeid med henvisende instans, andre samarbeidspartnere og familie/nettverk, motivasjonsarbeid og planlegging av tiden i døgntilretteliggelse*». Uteblivelse fra døgntilretteliggelse er en variabel som har vist seg svært vanskelig å hente ut pålitelige data om i vårt fagsystem grunnet ulike endringer i definisjonen av uteblivelse.

AVBRUDD I DØGNBEHANDLING

Registrerte avslutningstyper er av samme årsak som uteblivelse fra døgntilretteliggelse lite hensiktsmessige å benytte som mål for endringer i uønskede avbrudd fra døgntilretteliggelse. Imidlertid kan det være hensiktsmessig å undersøke hvor lenge pasientene er i døgntilretteliggelse.

For å ha nytte av en slik tilnærming er det enkelte antagelser og tilpasninger vi har valgt å gjøre:

- Sammenligne og inkludere kun de med status som gjennomført i de ulike tidsrommene som sammenlignes.
- For å unngå ekstreme tilfeller som ikke er representativt, og som antas i større grad å ha tilfeldige variasjoner fra periode til periode, settes en avgrensning for maksimalt tid i behandling til ni måneder.
- For å unngå variasjoner som skyldes normale sesongvariasjoner sammenlignes samsvarende kvartal med hverandre.

Tabell 19. Gjennomsnittlig antall dager i døgntilretteliggelse

	Gjennomsnitt	Standardavvik
1. kvartal 2015	80	52
2. kvartal 2015	116	65
3. kvartal 2015	104	60
4. kvartal 2015	104	77
1. kvartal 2016	112	86
2. kvartal 2016	125	62
3. kvartal 2016	126	52

Inkluderer kun pasienter som var registrert som gjennomført innenfor kvartalene og med under 270 dager i behandling før gjennomføring

DELKONKLUSJON

Ut fra et konservativt estimat, med utgangspunkt i de tilgjengelige data, viser de at registrerte uteblivelser fra behandling ikke har gått hverken opp eller ned når en sammenligner 2015 med 2016. Heller ikke om en sammenligner uteblivelser mellom samsvarende kvartaler fra disse to årene er det statistisk signifikante endringer. Det må imidlertid tas forbehold om at analysene er basert på tall som bærer med seg stor usikkerhet. Registrerte avslutningstyper i døgntilretteliggelsen er på samme måte lite anvendelige for en tallmessig sammenligning av uønskede avbrudd. Definisjoner og registreringsrutiner for disse tallene har også endret seg i løpet av evalueringperioden.

Derimot kan tiden inne i døgntilretteliggelse benyttes som en indikator på om pasientene blir i større grad (se tabell 19). Sammenligner en samsvarende kvartaler i 2015 og 2016, og ser på gjennomsnittlig antall dager i behandling, så har tiden i behandling gått noe opp. Dette antyder at flere velger å bli i behandling lengre opp mot de normerte ni måneder.

MEDARBEIDER- OG PASIENTKOMMENTARER

I det følgende ser vi innledende på svar fra en spørreundersøkelse som ble gjort blant medarbeiderne i ambulansetjeneste våren 2015. Videre drøfter vi temaer fra samtaler høsten 2016 med sju av medarbeiderne som jobbet med ambulansetjeneste og tre pasienter. Samtalene med medarbeidere dreier seg rundt fremskritt og utfordringer, arbeidsfordeling og typer aktivitet, hvordan vurderes det konkrete ambulansetjenestebehovet, og uteblivelse og behandlingsavbrudd. Under de samme overskriftene refererer vi noen ganger samtaler med pasienter om deres syn på de samme temaene.

SPØRREUNDERSØKELSE VÅR 2015

Spørreundersøkelsen om ambulansetjeneste i Tyrili som ble gjennomført blant medarbeiderne som jobbet ambulansetjeneste våren 2015 ble besvart av 14 medarbeidere. Fem av disse definerte seg selv som at de var mest ute i ambulansetjeneste i felt, tre hadde definerte lederroller, og to hadde en delt stilling mellom ambulansetjeneste og døgnbehandling. Fem av de medarbeiderne som besvarte undersøkelsen definerte imidlertid jobben sin til ikke å passe inn i disse kategoriene. Åpne spørsmål i undersøkelsen var delt inn i tre hovedtema: hva som fungerer bra, hva som fungerer dårlig og hvordan kan det gjøres forbedringer.

Svar på spørsmål som omhandlet hva som fungerte godt viste seg i stor grad å handle om å bli bedre kjent med pasientene før de kommer inn til døgnbehandling. Arbeidssituasjonen nå gjør at alle får samme mulighet til god oppfølging, både i forkant av døgninnleggelse og etterkant av døgnbehandling. Flere sier at de blir godt kjent med og kommer tett på pasientene nå, på en måte som før tok mer tid av døgnbehandlingen. En medarbeider oppsummerer det som fungerer bra på følgende måte:

«God og lik oppfølging før inntak. [vi har blitt] bedre på å skape trygghet og gi motivasjon i forkant spesielt for [pasientene] elevene. Jeg mener at karriereveiledning og aktivitetsplan er viktig og at det ofte fungerer bra.»

Nesten halvparten av de som jobbet ambulansetjeneste svarte at de ofte jobbet alene. Åpne spørsmål viser imidlertid at de opplever at det fungerer godt, og at de er to når det vurderes som nødvendig. Slike vurderinger tas også ved møter med pasientene etter endt døgnbehandling. De ble også spurt om hvordan de opplevde måten de jobbet på. 54 prosent av de spurte mente at den måten de jobbet på da var tilfredsstillende, resten svarte «både òg». Likevel svarte samtlige medarbeidere, utenom lederne, at de noen ganger følte at de ble alene med avgjørelser de burde vært flere på, men at det imidlertid var

gode muligheter for debrifing og sparring etter ulike situasjoner hvor det var behov for det.

På spørsmål om hva som ikke fungerte godt så svarte mange at de til dels mistet kontakten med pasienten, og hva som skjedde med pasienten, under døgnoppholdet. Flere forteller at overlappingsrutiner ved overganger var en utfordring og burde videreutvikles. To andre sentrale temaer var praktiske og geografiske problemer ved at det var vanskelig å få til god nok oppfølging når pasientene bosatte seg langt unna ambulansetjenesten, og at det igjen førte til at flere pasienter ønsket å bosette seg nærmere enheten.

«Jeg tror det er en utfordring fortsatt å lede [pasientene] elevene ut etter et år og inn i andre typer samarbeidstiltak, mange vil gjerne forlenge plassen og mange vil gjerne bosette seg i eller nært [behandlingsstedet]. Vi jobber bra i etterkant og dette er god hjelp og trygt for de [pasientene] elevene som ønsker denne oppfølginga.»

HVA KAN FORBEDRES

Generelt uttrykkes et behov og ønske om kompetanseheving, og en tydeligere faglig plattform for det ambulante arbeidet. Ellers hadde de fleste ingen spesielle anbefalinger om forbedringer på dette tidspunktet, og begrunnet dette med at de hadde arbeidet på den måten, og i de rammene de da hadde, i for kort tid.

«Jeg er ganske ny i det ambulante arbeidet og har derfor ingen umiddelbare forslag til forbedringer. Tenker at vi her på [ambulansetjenesten] må jobbe i dette teamet i minimum et halvt år før vi kan sette oss ned og evaluere videre.»

Ett konkret forslag som ble foreslått var at beslutningslinjer i forbindelse med brukerstyrte senger bør sees nærmere på. Både i forhold til kapasitet på de brukerstyrte sengene og bruken av disse. I dag henger tilgangen til brukerstyrt seng i stor grad sammen med ambulansetjeneste i etterkant av døgn. Dette er også noe som blir bekreftet i de nyere samtalene.

SAMTALER HØST 2016

Når de en beskriver er mennesker i en livssituasjon som er preget av ustabilitet og upålitelighet vil en ren opptelling, som registreringer i et fagsystem, komme til kort. For denne gruppen kan små forskjeller utgjøre mye som ikke nødvendigvis kan telles.

Vi har derfor i det følgende valgt å fokusere på samtaler med sju medarbeidere og tre pasienter. Samtalene med pasientene foregikk over telefon, og derfor er ikke disse direkte sitert i teksten, men fremgår som utfyllende kommentarer til medarbeidernes syn.

Samtalene med medarbeiderne foregikk enkeltvis eller i par som jobber mye sammen.

Samtalene, med utdypninger, dreiet seg hovedsakelig om temaer som:

- Utfordringer i ambulant behandling i Tyrili
- Med en relativt liten andel av aktiviteten som foregår ute der pasienten er, er det riktig å kalle det ambulant behandling?
- Hovedformålet med ambulant behandling i forkant av døgnbehandling er å minske uteblivelser og uønskede behandlingsavbrudd. Er inntrykket ditt at det stemmer?
- Samtalene med pasientene ble hovedsakelig styrt av innholdet i samtalene med medarbeiderne.

FREMSKRITT OG UTFORDRINGER

Det er noen variasjon i hva de ulike medarbeiderne mener er det største fremskrittet med ambulant behandling slik det er i dag. Men det som går igjen ligner på svarene i spørreundersøkelsen fra 2015.

Formaliseringen av ambulant aktivitet, slik at det nå er en behandlingsinnsats som er tilgjengelig for alle, trekkes frem som viktig. I tillegg er effekten at det ambulante arbeidet før døgninnleggelse tar av ventelister på en reell måte og gir muligheten til å vite mer om, og bli bedre kjent med pasienten og apparatet rundt, før døgninnleggelse hovedtemaer. En medarbeider, som jobbet ambulant i den perioden tilbudet startet opp i Helse Sør-Øst, beskriver det slik:

<< (...) [det største fremskrittet] er at de [nå] blir kalt inn fra første dag. Før var det kun et brev, mens nå er det aktivitet fra første svar.>>

Det ble også før ytelsesavtalen om ambulant behandling var på plass, registrert ambulante aktiviteter tilknyttet Helse Sør-Øst. Som nevnt i innledningen så har Tyrili alltid i noen grad drevet med ambulante aktiviteter, når det har vært vurdert som nødvendig for behandlingen av pasienten. Disse tidligere registreringene beskrives slik:

<< De polikliniske [og ambulante] samtaler som foregikk før, var ikke direkte uformelle, men de var mer definert som 'forvern', altså ikke behandling som i dag. Dette gjør noe med hvordan man jobber.>>

Pasientene fortalte også i samtalen at de opplevde det som veldig tydelig etter første gangssamtalen at de nå var i behandling. Det ble sagt at det var faktisk mer utydelig når behandlingen sluttet. En pasient som kun hadde fire ambulante kontakter/aktiviteter i etterkant av døgnbehandling, dette var fordi vedkommende ønsket det slik, fortalte at det likevel føltes det litt som behandlingen «ebbet ut» og ikke hadde en konkret avslutning.

En konkret effekt av ambulant behandling før døgninnleggelse som nevnes, er at kontakten med pasienten nå er tettere før innleggelse kan



inntakstidspunkt til døgnbehandling enklere tilpasses individuelt, og at pasienter kan tas inn før opprinnelig dato om det uventet blir ledige plasser, om det er ønskelig. En medarbeider beskriver det slik:

<< [det gir] Større fleks. Dette er [både] på grunn av den tettere oppfølgingen, og også fordi de blir bedre forberedt underveis i den ambulante behandlingen.>>

To av de tre pasientene vi snakket med hadde blitt tatt inn på en tidligere dato enn opprinnelig planlagt. Spesielt den ene la stor vekt på at det var viktig at det skjedde akkurat da siden det var en kritisk periode i livet i forhold til rusmiddelbruket til vedkommende.

Blant systemutfordringer nevnes det i flere av samtalene med medarbeidere at det i noen grad mangler klare instruksjoner til hvordan teamene skal fordele roller seg imellom. Det er i dag flere varianter av hvordan en jobber med ambulant behandling på de ulike enhetene i Tyrilistiftelsen. På Tyrili Sør er det de samme medarbeiderne som jobber ambulant før og etter døgnbehandling. På Tyrilisteret er det formelt en klar deling på de som jobber før og etter, mens det i praksis er slik at de deler oppgavene mellom seg. Tyrili Høvringen, som har en ytelsesavtale med Helse Midt-Norge, synes å ha relativt klart definerte oppgaver som følges mer i hverdagen. Den pragmatiske rolletildelingen oppleves av noen som forvirrende, men for det

meste oppleves det som en frihet til å kunne styre arbeidsoppgaver dit det passer best, og dermed gir det en bedre opplevd utnyttelse av ressursene.

En annen utfordring flere av medarbeiderne vi snakket med pekte på, i forkant av døgninnleggelse, er at stabilisering av situasjonen ofte går foran de konkrete behandlingsforberedende aktivitetene, som ifølge instruksjonen er noe som ambulant skal gjøre. Dette er ikke nødvendigvis et problem som følger av mangel på tid eller ressurser, men er en følge av pasientenes individuelle situasjon. Det er rett og slett ikke alltid de som jobber ambulant får gjort det de formelt skal, fordi pasientens situasjon krever innsats på langt mer lavpraktisk nivå. Det er da pasientens overlevelse og motivasjon som må prioriteres. Dermed kommer individuelle planer og kartlegginger i andre rekke.

«(...) [når] mange ting skjer underveis for [pasientene] da, om de drar på seg nye saker, eller gjentatte overdoser, sånn at da blir den endelige vurderingen i forhold til det.»

Noen ganger skjer det at selv om henviste pasient er vurdert av inntak til å være i målgruppen til Tyrili for døgnbehandling, gir den tettere oppfølgingen i ambulant behandling noen ganger informasjon som fører til endring i denne vurderingen. Noen ganger gis det derfor

avslag et stykke ut i et ambulant forløpet. En medarbeider sier det slik at:

«(...) [det kan derfor være] vanskelig å jobbe på 'oppdrag' fra inntak siden vurderingene av egnethet noen ganger er ulik.»

Dette beskrives som en praktisk belastning, ikke en konflikt med inntak. De gangene det skjer at vurderingen endrer seg underveis i det ambulante forløpet, så er det de som jobber ambulant som må formidle et avslag til pasienten.

Ubehagelige samtaler og kontaktpunkter kan naturligvis oppstå. En gang i blant kan det også oppstå truende situasjoner dersom pasienten er svært syk. Ifølge medarbeiderne gjøres det i hverdagen gode vurderinger på hva som er forsvarlig og ikke, og i de fleste tilfeller er det for eksempel uproblematisk å dra ut alene om en kjenner en pasient. I en del tilfeller der det er usikkerhet rundt pasientens tilstand sier medarbeidere at de har blitt bedre til å tenke både forsvarlighet og sikkerhet. I mange tilfeller velger de derfor å dra to stykker på ambulant besøk. Det sies at det alltid vil være en viss risiko for ubehagelige situasjoner, men at det ikke skal være rom for at medarbeidere havner i truende situasjoner.

HVORDAN FUNGERER ARBEIDSFORDELING OG TYPE AV AKTIVITET

Med tanke på andelen «faktisk ambulante aktiviteter» (se Aktivitetssted og aktivitetsstatus for døgninnleggelse) særlig i forkant av døgninnleggelse er det betimelig å spørre om tilbudet ambulant er mer en poliklinikk som også driver oppsøkende virksomhet. Ut fra samtalen med medarbeiderne kommer det frem at særlig to områder ville tape på en slik omdefinering: familierarbeid og det uformaliserte behandlingsforbedrende arbeidet. Disse er det ikke nødvendigvis like lett å plassere i forhold til sjekklister:

«(...) det ville blant annet familierarbeidet tape på. Den beste og hyppigste kontakten med familie foregår ute.»

«(...) det beste behandlingsforberedende arbeidet skjer der ute, ved å gå inn i familiene, snakke direkte med samarbeidspartnere og nettverk, og å se folk der de bor(...)»

Det nevnes i denne forbindelsen igjen at det noen ganger er rent praktiske ressursmessige hensyn som bestemmer om en aktivitet foregår inne på en enhet eller ute der pasienten er, og om de får mange eller få aktiviteter.

«(...) kommer litt an på hvilket apparat en har rundt seg, vi skal heller ikke dra hjem til en pasient alene som er i rus, så hvis det ikke er en ruskonsulent som

har den fleksen til å være med så er det naturlig å ha det her for min egen del så synes jeg det er litt fint å kunne flekse litt»

Det høye antallet telefonsamtaler, i motsetning til faktiske møter, både med pasienten eller andre, vil ofte være på grunn av geografi og tidsressurser. Det vil være uheldig at det er praktiske årsaker til forskjeller i behandlingsinnsatsen.

Enkelte av de som jobber med ambulant behandling står samtidig med en stillingsandel i den vanlige «arbeidsramma» (turnusen) i døgnheten. Denne situasjonen er beskrevet som tveegget:

«(...) på den ene siden tapes det tid og ressurser fra det ambulant arbeidet når noen er tettere bundet til enheten [og enkelte ganger må prioritere tiden sin der]. På den andre siden er det bra med noen som har tettere forbindelse til døgnbehandlingen som ser mer til pasienten gjennom og vet mer om de når de kommer ut i ambulant behandling igjen [i etterkant].»

I ambulant i forkant av døgninnleggelse er det under halvparten så mange faktiske møter med pasienten, og også langt færre faktiske ambulante møter, sammenlignet med i etterkant av døgnbehandling, noe som kan forklares med at det er forskjeller i formålet mellom de to behandlingsforløpene.

I forkant av døgninnleggelse er et hovedformål (se avsnittet «Ambulant behandling er en selvstendig behandlingsintervensjon») nettopp å komme i kontakt med og få i gang samarbeidet med samarbeidspartnere, nettverk og ellers sørge for behandlingsforberedelse. Behandlingsforberedelse innebærer imidlertid ikke bare formelle telefonsamtaler og møter med samarbeidspartnere.

De pasientene som ble spurt om deres opplevelse med et eller flere gjennomførte ambulante forløp var tilfredse med antall aktiviteter/kontakter og kvaliteten på de. En pasient nevnte likevel at samarbeidet med andre i hjelpeapparatet rundt vedkommende under den ambulante behandlingen i forkant av døgninnleggelse noen ganger hadde virket rotete. Det hadde blant annet blitt avlyst flere ansvarsgruppemøter på rad. Vedkommende hadde ingen mening om dette var grunnet medarbeidere i Tyrili eller de andre deltagerne.

Pasientene forteller at de ikke opplevde det som særlig problematisk å komme inn til enheten for et møte. Den ene pasienten som hadde svært mange aktiviteter i etterkant syntes likevel at selv om han følte han hadde fått god og tett oppfølging før døgninnleggelse også, var det situasjoner da han hadde tenkt at det var slitsomt å dra inn til enheten fordi det var et sted han visste han skulle til. På den ene siden var det

å bli kjent med stedet bra, på den andre siden var det paradoksalt litt skremmende at han skulle dit, og at alle var nyktre der. Når det blir tydeliggjort for de pasientene som ble spurt om ambulant behandling til denne rapporten, så er de enige i at det er naturlig med visse forskjeller mellom ambulant før kontra etter. På spørsmål om den store variasjonen i antall aktiviteter enkeltpasienter har fått, kommer det fram i en av samtalene med medarbeidere en noe mer kritisk holdning som kan oppsummeres med:

«(...)mange aktiviteter i ambulant behandling etter [døgnbehandling] ofte betyr at noen ikke har gjort jobben sin i døgnbehandling, enten med behandlingen, eller med vurderingen av om vedkommende er ferdig i døgnbehandling. De som trenger så tett oppfølging etter burde ofte vært lengre i døgn.»

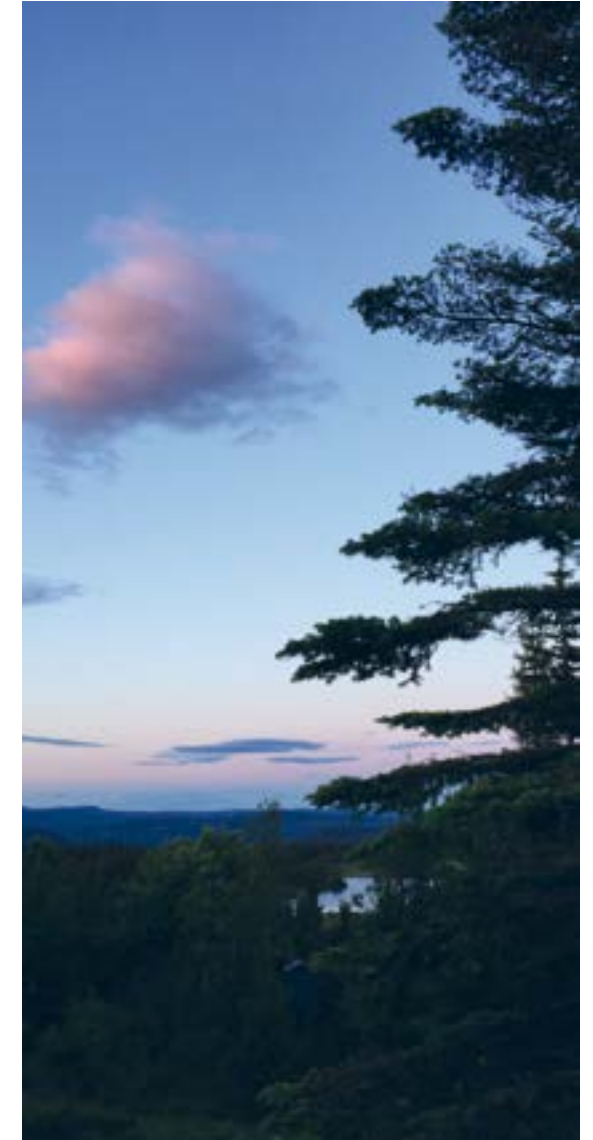
Kontakten mellom ambulant behandling i forkant og i etterkant oppleves også av de ansatte noen ganger bedre enn kontakten inn i døgnenhetene. Det nevnes som et eksempel at det noen ganger er slik at det ambulante teamet må minne døgnenheten om at pasienten skal ut, og at det derfor må sette i gang adekvate forberedelser. Denne påminnelsen kan også føre til færre forlengelser av døgnbehandling, fordi forlengelser svært ofte handler om at praktiske ting ikke er på plass til utskrivning.

«(...)et godt ambulant arbeid i forkant av behandling fører [dessuten] til færre forlengelser siden det [nå] oppstår færre 'overraskelser' langt inn i døgnbehandlingen.»

Situasjonen kan også være motsatt. En av pasientene beskrev det motsatte; at grunnen til å ha fått så tett oppfølging var at de fra døgnenheten hadde gitt utfyllende informasjon til de som skulle jobbe ambulant i etterkant. En annen pasient, med langt færre aktiviteter i etterkant av døgn, beskriver en følelse av dårlig overlapp mellom døgnenhet og ambulant i etterkant. Vedkommende sier at det likevel syntes som et fornuftig opplegg. Men noen ganger var det godt å bare være i fred.

En god sammenheng mellom ambulant behandling i forkant og etterkant er definitivt positiv. Men viktig informasjon kan gå tapt dersom kommunikasjonen om pasienten gjennom døgnbehandlingen blir for dårlig.

Det er på tross av dette kritiske perspektivet en bred forståelse, også blant medarbeiderne, av at den store variasjonen i antallet aktiviteter mellom enkeltpasienter hovedsakelig handlet om en balansegang mellom pasientens egne preferanser, faglig begrunnede og nødvendige individuelle tilpasninger. Dette bekrefter langt på vei også uttalelsene fra pasientene.



BEHANDLINGSBEHOVET TIL ENKELT-PASIENTER I AMBULANT BEHANDLING

En del pasienter får, som vi så i tallmaterialet fra fagsystemet, et høyere antall aktiviteter enn andre. Vurderingene som blir gjort i denne forbindelse er i høy grad individuelt tilpasset pasienten, og er noen ganger identifisert allerede etter førstegangssamtalen i ambulant i forkant. Andre ganger identifiserer slike ekstra behov under døgnoppholdet.

Medarbeiderne blir spurt om et kasus, en pasient som hadde godt over gjennomsnittet antall aktiviteter i sitt forløp i etterkant av døgnbehandling.

Det beskrives både konkrete der-og-da-vurderinger, som at kontakt ofte skjedde i eller nær en rusopplevelse, eller annen krise, men også at kunnskap om personen fra tidligere i oppholdet og tidligere opphold ble benyttet i vurderinger. Helt grunnleggende kan den fysiske og psykiske helsesituasjonen til vedkommende oppsummeres slik:

«Vi reddet hans liv. Han var full av infeksjoner og hadde ikke levd i dag var det ikke for oss.»

«[personen er] en som ikke blir kaotisk fordi han ruser seg, men ruser seg når han blir for kaotisk.»

Det var mistanke om ulike udiagnostiserte psykiske, kognitive og personlighetsmessige utfordringer. De visste i tillegg at vedkommende hadde flere behandlingsopphold bak seg, blant annet i Tyrili. Det forrige oppholdet hadde vært i Tyrili like før og inkluderte også et ambulant forløp, med et mindre antall aktiviteter. Da hadde det, ifølge medarbeidere som hadde jobbet med vedkommende under begge forløp, ikke lyktes å få i gang utredninger for slik problematikk. Dermed var heller ikke adekvat oppfølging på plass, og iverksatt i apparatet utenfor Tyrili, når personen avsluttet oppholdet. Det siste forløpet førte, slik medarbeiderne ser det, imidlertid til store endringer i personens forhold til og forståelse for sin egen situasjon. Andre elementer i vurderinger av innsats kan være mer diffuse eller ad hoc, noen ganger styrt av pasienten selv, noen ganger av omgivelsene:

«[pasienten] er en som i mange tilfeller vet hva [pasienten] vil og er ikke redd for å si det.»

Generelt sies det også, i samsvar med de tidligere nevnte utfordringene med geografi, at det ofte er en hårfin balansegang mellom praktiske hensyn, for eksempel hvor pasienten bor, kapasitet, og det faktiske behovet til pasienten. Likevel oppleves det at en lykkes med å strekke seg langt for å tilpasse behandlingen så godt som mulig til individuelle, og plutselig endrende, situasjoner:

«(...) enkelte ganger er det bare kriser som gjør at de tidlige vurderingene overhodet ikke holder og at en pasient kan trenge mye mer kontakt en periode, da legges det inn mye ressurser på å oppnå det»

UTEBLIVELSE OG DROP-OUT

Medarbeiderne ble også spurt om uteblivelse og uønskede behandlingsavbrudd har blitt et mindre problem. De svarte at de generelt sett ikke har noe bestemt inntrykk den ene eller andre veien. Likevel beskrives det en følelse av at de som uteblir etter et ambulant forløp i forkant, eller avbryter, sjeldnere er «overraskende» som før:

«det er færre som uteblir eller faller fra overraskende. Dette tyder på en bedre kartlegging av pasientenes situasjon.»

«(...)det er en bedre prosess. Det at en vet mer om [pasient] elevene før de kommer er det viktigste med ambulant behandling.»

«(...)slik kunnskap brukes for å komme 'i gang' igjen raskt når [om] de kommer tilbake.»

Kartlegging av pasienten kan ha en egenverdi, men er generelt ikke et mål i seg selv. Formålet er at kartleggingen skal ha en innvirkning på behandlingen, at både pasient og behandlingssted er bedre klar over utfordringer før de ankommer døgnbehandling:

«[tidlig] Kartlegging før døgnbehandlingen er mer komplett og fører til riktigere og bedre behandling.»

Potensielt kan altså et godt ambulant arbeid i forkant av døgninnleggelse både føre til en bedre døgnbehandling, og et bedre ambulant forløp etterkant av døgnbehandling.

3

DISKUSJON OG
KONKLUSJON

DISKUSJON

Vi har i denne rapporten sett på ulike sider ved det ambulante arbeidet i forkant av døgninnleggelse og i etterkant av døgnbehandling i Tyrili. Kartleggingen viser, utover demografiske opplysninger, fordelingen mellom ulike aktivitetstyper og treffsteder, status for individuell plan og behandlingsplan. Informasjonen som ble hentet ut av fagsystemet ble belyst ved hjelp av en spørreundersøkelse fra 2015, og samtaler med medarbeidere og pasienter som ble gjennomført høsten 2016. Dette materialet viser at det i høy grad gjøres kliniske og faglige vurderinger med store individuelle hensyn til pasienten. Ambulant behandling i Tyrili ser ut til å fungere godt etter formålet om hovedvekt på behandlingsforberedende aktivitet med mye kontaktskapende arbeid overfor samarbeidspartnere og nettverk ellers i forkant, og fokus på kontinuitet og trygghet i etterkant. Likevel er det naturligvis utfordringer. Det er forskjeller mellom den ambulante behandlingen i forkant sammenlignet med i etterkant av døgnbehandling.

Det var store forskjeller i mengden på aktiviteter som ikke innebar kontakt med pasienten, hvor mye en var ute i møte med pasientene, i forhold til telefonsamtaler eller møter inne på enhetene. Det var også variasjoner i status for enkelte deler av den ambulante behandlingen som ifølge

beskrivelsen skal være på plass etter et ambulant forløp, for eksempel så var det et høyt antall som hadde ukjent status på individuell plan.

Hensikten med å drive med ambulant behandling innebærer i stor grad behandling der pasienten er. I denne evalueringen stiller vi derfor spørsmålet om tjenestene er «ambulante nok»? Det var noen variasjoner mellom de ulike enhetene i Tyrili på hvor mye av den ambulante behandlingen som foregikk ute av enhetene. Ambulant behandling ser ut til i stor grad å være styrt av pasientenes individuelle behov. Noe som kan være krevende men en sterkt ønskelig måte å jobbe på. Problematikken det jobbes med kan til tider være svært alvorlig, og det stilles krav til at de som jobber ambulant har en faglig bevissthet, og trygghet i forhold til egne muligheter, begrensninger og mulighet til å sette nødvendige grenser (Hårstad, 2004).

Det var også slik at mye av den ambulante virksomheten var uten kontakt med pasienten. Majoriteten av aktivitetene før døgninnleggelse var uten pasienten. Det var imidlertid slik at den ambulante aktiviteten som innebar direkte kontakt med pasienten mer enn fordoblet seg i etterkant av døgnbehandling. Det spesielle med formålet for ambulant behandling i forkant skal dreie seg mest om å opprette godt samarbeid med aktuelle instanser i hjelpeapparatet, nettverk og andre relevante samarbeidspartnere.

I tillegg beskriver de som jobber ambulant i forkant selv at en stor del av det direkte arbeidet med pasient innebærer hjelp til krisehåndtering og vedlikehold av motivasjon til innleggelse i døgnbehandling. Dermed nedprioriteres mange ganger enkelte formelle behandlingsforberedende aktiviteter som for eksempel individuell plan. På den andre siden har ambulant behandling i etterkant som hovedformål å trygge og sørge for kontinuitet og trygge overganger for pasienten. I etterkant vil som oftest andelen av akutte situasjoner være lavere, noe som gir bedre mulighet til tettere og mer personlig oppfølging. Tilfeller med svært mange aktiviteter til en enkeltpasient er flere i etterkant av døgnbehandling enn i forkant. Det *maksimale* antallet aktiviteter er også mer enn dobbelt så høyt i etterkant enn i forkant.

Det kan være ulike årsaker og motivasjon til at pasientene takker ja til ambulant behandling i etterkant av døgnbehandling. Sannsynlige årsaker kan blant annet være tilgang til brukerstyrt seng eller at de sier ja fordi de tror det er en forventning om at de skal det. Tilbudet om brukerstyrt seng henger i dag sammen med deltakelse i ambulant behandling i etterkant av døgnbehandling. Dette er noe som påpekes i flere av samtalene med medarbeiderne med en antydning om at noen sier ja til ambulant behandling bare for å sikre tilgang på en brukerstyrt seng. Noen av disse må en anta er

representert i den gruppen som har svært få ambulante aktiviteter i et forløp etter døgnbehandling. Enkelte takker ja for å ha noen rundt seg, eller for å ha noe å falle tilbake på, selv om de egentlig ikke ønsker særlig høy aktivitet eller kontaktfrekvens. En del av disse kommer likevel mer på banen etter at de har vært ute en stund og ønsker mer kontakt likevel. En relativt liten men eksisterende gruppe ønsker ikke ambulant behandling i etterkant av døgnbehandling i det hele tatt. De kan være fordi de anser seg som ferdig behandlet og vil helst videre i livet. Antallet aktiviteter kan også antas til dels å være styrt av ulike motiver til å ta i mot ambulant behandling.

Det beskrives generelt at en av hovedfordelene med ambulant behandling er at en kjenner pasientene bedre og at de er kartlagt allerede før døgninnleggelse. Dermed kan man komme raskere i gang med nyttig døgnbehandling. Likevel er det slik i dag at hovedkartleggingen av pasientenes fysiske og psykiske anamnese, familiehistorie, rushistorie og annet, gjøres i ukene etter døgninnleggelse. I Tyrili brukes EuropASI (Kokkevi og Hartgers, 1995; Lauritzen og Ravndal, 2004; A. T. McLellan et al., 1992), et relativt stort strukturert intervju til slik kartlegging av alle pasienter som kommer inn på helseplass. Det kunne kanskje være fordeler ved å gjøre dette intervjuet tidligere, som en del av det ambulante arbeidet med å kartlegge

pasientens behov og lage en behandlingsplan. En tidlig kartlegging i løpet av den ambulante behandlingen før døgninnleggelse vil gjøre at døgnhetene blir bedre forberedt på pasientens behov. Slik vi ambulant behandling kunne drive bedre behandlingsforberedelse av pasienten, men også for døgnheten som skal ta pasienten imot ville det være lettere å komme tidligere i gang med målrettet behandling. I praksis er det, som vi har sett, en rekke praktiske hensyn i ambulant før døgninnleggelse som gjør at det allerede med de oppgavene en i dag har, ofte må prioriteres krisehåndtering og overlevelse fremfor standardiserte aktiviteter, som en slik kartlegging vil være. Det er likevel slik at standardiserte kartlegginger som EuropASI legger til rette for en samtale som kan ha behandlingsmessig nytteverdi, både fremtidig, og der og da. Mange av områdene det spørres om er temaer som en kanskje ikke hadde kommet til å spørre om dersom de ikke var en del av intervjusituasjonen.

Tallmaterialet fra Tyrilis fagsystem avslørte svakheter ved registreringsrutinene. Det var for eksempel knyttet stor usikkerhet til registreringen av avslutningstyper i døgnbehandlingen. Rutinene har i tillegg endret seg underveis fra oppstart av den ambulante behandlingen slik at det som i starten ble registrert på henvisningen, ble endret til å registreres på person. Dette gjør imidlertid

at noe av tallmaterialet fra fagsystemet er uoversiktlig og lite egnet for analyser. Det har antagelig også ført til et relativt høyt antall pasienter med ukjent avslutningsmåte. Det samme er tilfellet for registrering av uteblivelse. Her var det spesielt knyttet usikkerhet til praktiske hensyn som når en pasient som ikke kom hadde uteblitt og når det skulle regnes som trukket. Et annet eksempel er det store antallet som sto registrert som ukjent status for individuell plan. I registreringen av status for individuell plan er en mulig forvirring for behandlere, som allerede føler at de har lite tid til registrering, at kategoriene for individuell plan-status er innbyrdes overlappende, slik at en situasjon kan stemme med flere av svarkategoriene. Behandlingsplan, som også skal være en sentral del av det ambulante arbeidet i forkant, har også svakheter i registreringene. Årsaken til manglende registreringer kan dreie seg om manglende opplæring. Enkelte medarbeidere fortalte at de ikke brukte den polikliniske aktivitetskoden for arbeid med behandlingsplan, men registrerte det under prosedyrekoder. Noe som skulle vært registrert begge steder.

Det er av ulike årsaker ikke ønskelig at pasienter, som opprinnelig er fra andre kommuner, bosetter seg i de kommunene der Tyrili har sine behandlingssteder etter endt døgnbehandling (Wangensteen og Jansen,

2015). En systemutfordring med god ambulant behandling rundt døgnene er nettopp en akkumulering av pasienter i de kommunene der det ambulante tilbudet er godt. På den andre siden er det en utfordring med de ambulante tjenestene at det brukes uforholdsmessig mye ressurser på pasienter som *ikke* bor i nærheten av tilbudet. Nærheten til tjenesten er også med på å skape et etisk dilemma for behandlerne, noen ganger må det gis et dårligere tilbud til personer på grunn av geografi.

En løsning på dette kunne være å bruke ressurser til å knytte seg nærmere og mer konkret opp mot allerede eksisterende tilbud der pasienten kommer fra, eller å utvikle Tyrilis tilbud til mindre ambulante enheter som ligger mer spredt. Å spre virksomheten mer til fordel for pasientene fører med seg andre problemstillinger. For eksempel kunne en tenke seg at det å være samlokalisert med døgnene, som i dag, fører til en fordelaktig informasjonsflyt mellom



døgnene og de ambulante tjenestene. Det er imidlertid en av de tingene som det pekes på som fortsatt har et betydelig forbedringspotensial. Det kan til og med tenkes at sviktende overlappingsrutiner mellom ambulant behandling og døgnene ville blitt bedre dersom det var mer oppdelt, siden det kunne tydeliggjøre behovet for en god informasjonsflyt i større grad. Det er også mulig at lokalisering av tjenestene kan påvirke type og sted for aktivitetene. Under evalueringsperioden, som rapporten baserer seg på, har mangel på fasiliteter på enkelte enheter påvirket type aktivitet og sted. Det er ikke ønskelig å ta rusede pasienter i ambulant behandling i forkant inn på behandlingseenheten og gjennom døgnbehandlingsfellesskapet. Av praktiske årsaker har dette ført til at Tyriliseret oftest holder førstegangssamtale, som vanligvis foregår inne på en Tyrilienhet, ute hos andre instanser, for eksempel distriktspsykiatriske senter. Dette løser det praktiske hensynet til pasienter internt i døgnbehandling. Det er også sannsynlig at manglende fasiliteter har påvirket arbeidsrutinene på en slik måte at de i Lillehammer har omkring dobbelt så mange faktisk ambulante aktiviteter i forkant av døgninnleggelse sammenlignet med stiftelsen som helhet. Målsetningen med det ambulante arbeidet, individuell tilpasning i forhold til tilgjengelighet og fleksibilitet, må også vurderes i forhold

til kontekst og de ressurser som den enkelte medarbeider og teamet faktisk har til rådighet (Hårstad, 2004).

Hovedformålet med den ambulante behandlingen er å få ned antallet uteblivelser og uønskede avbrudd i døgnbehandling. Uteblivelser fant vi det vanskelig å svare på med bakgrunn i mangelfulle og uklare registreringer. De eksisterende registreringene antydte at det ikke har vært en endring i evalueringsperioden. Registreringer av avbrudd i døgnbehandlingen var også vanskelig å konkludere på ettersom definisjoner og registreringsrutiner hadde endret seg under evalueringsperioden. Vi valgte derfor en indirekte måling ved å undersøke antall dager i døgnbehandling, som hadde økt. Dette antyder muligens at pasientene velger å bli i døgnbehandlingen lengre enn tidligere.

Denne positive endringen må tolkes med forbehold. Det ble i 2015 åpnet en avrusningsenhet på Tyrili Kampen i Oslo som også har som formål å minske behandlingsavbrudd ved å sørge for at pasienter kommer seg raskt tilbake i døgnbehandling etter et tilbakefall til rus. Dermed kan en ikke uten videre si at den positive utviklingen i behandlingstid kommer av ambulant behandling. Men det har altså i evalueringsperioden vært en slik positiv utvikling. Å bli i behandling er en kjent indikator på oppnåelse av behandlingsmål.

KONKLUSJON

Utgangspunktet for denne rapporten var å undersøke om modellen for ambulant behandling fungerte som tenkt og om det er indikasjoner på at det gir de resultatene en ønsker.

Når det gjelder ambulant behandling i forkant ser det ut til å ha en fornuftig fordeling av kontakttyper, aktivitetstyper og aktivitetssted. Dette er vurdert i forhold til formålene om behandlingsforberedelse og kontaktskapende arbeid i forhold både pasient, nettverk, og samarbeidspartnere, samt motivasjonsarbeid og arbeid for å hindre frafall før døgninnleggelse.

Det er imidlertid uklart om en del av de konkrete arbeidsmålene i forkant oppnås (for eksempel individuell plan og deltagelse i ansvarsgrupper). Årsaker til dette ser ut til å være begrunnet i en pragmatisk arbeidsmåte der pasientens individuelle behov ofte får forrang for formaliteter. Dette anser vi som en måte å oppnå hovedformålene selv om detaljene ikke alltid er på plass. De som jobber på denne måten har i stor grad frihet til å gjøre det de mener er best for den enkelte pasient. En mer eksplisitt prioritering av hovedmålene fremfor listene med konkrete oppgaver kan avhjelpe denne situasjonen. Alternativt kan listene med oppgaver vurderes på ny, og man kan eventuelt innføre en prioriteringsrekkefølge.



Ambulant behandling i etterkant av døgnbehandling har jevnt flere aktiviteter per enkeltpasient. Det var også en større andel av aktivitetene som foregikk ute hos pasienten, og en større andel direkte møter og kontakter med pasient sammenlignet med ambulant behandling i forkant av døgninnleggelse. Dette er i god overensstemmelse med formålet.

Det er likevel en del formaliteter som mangler også ved ambulant behandling i etterkant. For eksempel er det fortsatt en relativt stor andel som har ukjent status for individuell plan.

Koblingen i beskrivelsen av de ambulante tjenestene og brukerstyrt seng bør muligens endres. I realiteten er det tilfeller der brukerstyrt seng benyttes uten at det er som del av et ambulant forløp. En rigid kobling mellom disse to behandlingstiltakene vil uansett være uheldig.

Vi kan ikke konkludere angående frafall fra behandlingen før døgninnleggelse (uteblivelse). Avslutningsmåte i døgnbehandling lider også under upresis registrering. Det vi likevel kan konkludere med er at gjennomsnittlig antall dager i døgnbehandling har gått opp i evalueringsperioden. Dette tolker vi som en positiv trend som kan ha sammenheng med ambulant behandling. Til tross for at det i samme periode også ble igangsatt et eget avrusningstilbud i Oslo, med en målsetting om å minske uønskede behandlingsavbrudd.

Oppsummert kan man si at det utførte arbeidet fremstår som godt. Men beskrivelsene bør muligens revideres for å gi en mer realistisk ramme for arbeidet, og for å tydeliggjøre hvor stor andel av arbeidet som skal være oppsøkende og sammen med pasienten.



REFERANSER

REFERANSER

- Aakerholt, A. (2013). ACT-håndbok. In S. I. H. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (Ed.), (2 ed.). Brumunddal: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.
- Bergly, T. H. (2016). Målgruppeundersøkelsen del 1 -svar fra elevene. Internrapport for Tyrilistiftelsen. Oslo: Tyrilistiftelsen.
- Bergly, T. H., Gråwe, R. W., & Hagen, R. (2014). Domains and perceived benefits of treatment among patients with and without co-occurring disorders in inpatient substance use treatment. *Journal of dual diagnosis*, 10(2), 91–97.
- Bergsgard, N. A., & Danielsen, T. (2012). Når veien er målet: IRIS.
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, 33(8), 1010–1024.
- Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10). doi: 10.1002/14651858.CD007906.pub2
- Engel, G. L. (1979). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *General Hospital Psychiatry*, 1, 156–165.
- Fjeld, C., & Jansen, A. D. (2015). Strategidokument 2015–2020. Oslo: Tyrilistiftelsen.
- Haugum, M., & Holmboe, O. (2016). Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015. Tyrilistiftelsen. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- HELFO. (2016). Regelverk og takstar for sjukehus og poliklinikk. Hentet fra <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takstar-for-sjukehus-og-poliklinikk>
- Helse-Norge. (2016). Ventetider for illegale rusmidler. Hentet fra <https://helsenorge.no/velg-behandlingssted/ventetider-for-behandling?bid=94>
- Helsedirektoratet. (2015a). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (rev. 13.05.2016).
- Helsedirektoratet. (2015b). Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) Fagspesifikk innledning – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/>
- HOD. (2008). Forskrift om endring i forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften). 2008-0707.

- HOD. (2012a). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.
- HOD. (2012b). Se meg! En helhetlig rusmiddel-politikk. Alkohol – narkotika – doping. Aurskog: Fagbokforlaget.
- HOD. (2015). Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)
- Hårstad, I. (2004). Ambulante team i rusomsorg og psykisk helsevern (Vol. 6): Stiftelsen GRUK.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European addiction research*, 1(4), 208–210.
- Lauritzen, G., & Ravndal, E. (2004). Introduction of the EuropASI in Norway: Clinical and research experiences from a cost-effectiveness study. *Journal of Substance Use*, 9(3–4), 141–146. doi: 10.1080/14659890410001697415
- Liberman, A. (2008). *Analytic Dictionary of English Etymology*. : University of Minnesota Press.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., . . . Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, 9(3), 199–213.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689–1695.
- Nordfjærn, T. (2011). Relapse patterns among patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 16(4), 313–329.
- Nøkleby, H., & Johansen, T. H. (2010). Elevgruppen i Tyrili i 2010 – en statistisk beskrivelse. Laget til Tyrilis 30-års jubileum. Oslo: Tyrilistiftelsen.
- Olsen, H., & Sømhovd, M. J. (2015). Evaluering av botrening i Tyrili. Oslo: Tyrilistiftelsen.
- Snartland, V., & Johansen, T. H. (2013). Evaluering av Tett På – et samarbeidsprosjekt mellom Tyrilistiftelsen og NAV Tyrili Skriftserie. Oslo: Tyrili FoU.
- Stasiewicz, P. R., & Stalker, R. (1999). Brief report a comparison of three “interventions” on pretreatment dropout rates in an outpatient substance abuse clinic. *Addictive Behaviors*, 24(4), 579–582.
- Wangensteen, T., & Jansen, U. (2015). Dette er Tyrili. Oslo: Tyrilistiftelsen.
- WHO. (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*. Discussion paper.

«(...) det er en bedre prosess.
Det at en vet mer om elevene
før de kommer er det viktigste
med ambulant behandling.»



Tyristiftelsen
- mulighetenes sted