



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

Tone Eikeland
Amund Aakerholt

**Evaluering av ambulante tjenester
2004 - 2007.**

Oppsummering og utfordringer.

Rapport IRIS - 2008/191.

Prosjektnummer: 7201965
Prosjektets tittel: Evaluering av ambulante tjenester, fase 4
Oppdragsgiver(e): Helse Stavanger HF
Forskningsprogram:
ISBN: 978-82-490-0600-7
Gradering: Åpen

Stavanger, 18.09.2008

Tone Bergljot Eikeland

Tone Bergljot Eikeland
Prosjektleder

18/9-08

Sign.dato

Sverre Nesvåg

Sverre Nesvåg
Kvalitetssikrer

19/9-08
Sign.dato

Gottfried Heinzerling

Gottfried Heinzerling
Senterleder
(Samfunns- og næringsutvikling)

25/9-08

Sign.dato

Forord

Foreliggende rapport er utarbeidet på oppdrag fra Helse Stavanger HF, Psykiatrisk klinikk, Avdeling for unge voksne. I rapporten presenteres en oppsummering og videre utfordringer ut fra forskningsprosjektet Evaluering av ambulante tjenester 2004-2007. Evalueringen består av en forundersøkelse (2004), to evalueringer ut fra intervjuer med pasienter og hjelpeapparat (rapport fase 2, 2005, og rapport fase 3, 2006), og workshops med ambulante grupper og deler av hjelpeapparatet som jobber med rus-/psykiatriproblematikk. I tillegg har vi inkludert oppsummeringer fra kartlegging av pasientgruppa ved Amund Aakerholt. Prosjektet som helhet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet.

Stavanger, 18. september 2008

Tone Eikeland, prosjektleder

Amund Aakerholt (på oppdrag fra
Avdeling for unge voksne,
Psykiatrisk klinikk)

Innhold

1	OM FORSKNINGSPROSJEKTET "EVALUERING AV AMBULANTE TJENESTER"	5
2	AMBULANTE GRUPPER, STATUS I 2007.....	6
3	PASIENTPOPULASJONEN VED AMBULANT GRUPPE SANDNES.....	7
3.1	Alder.....	7
3.2	Diagnosefordeling	8
3.3	Oppfølging etter 2006	8
4	PASIENTPOPULASJONEN VED OBS – STAVANGER	8
5	OPPSUMMERING AV ASI-INTERVJUENE.....	9
6	INNSPILL FRA SAMARBEIDENDE KOMMUNER.....	9
7	HVORDAN JOBBER AMBULANTE TEAM?	10
8	UTFORDRINGER I AMBULANTE TEAM/VED AMBULANT ARBEID.....	11
9	KOMPETANSEUTVIKLING OG SAMARBEID	12
10	BARRIERER FOR SAMARBEID OG KOMPETANSEUTVIKLING.....	13
10.1	Rammevilkår: systembarrierer	13
10.2	Utfordringer med systembarrierene	14
10.3	Samarbeidsbarrierer	14
11	HVORDAN SAMARBEIDER VI: SAMARBEIDSFORMER OG KOMPETANSEUTVIKLINGSTILTAK.....	17
11.1	Etablere samarbeidsfora	17
11.2	Erfaringslæring i enkeltsaker	17
12	DISKUSJON OG VURDERING	18
12.1	Pasientgruppa	18
12.2	Utfordringer med pasientarbeid	19
12.3	Utfordringer med organisering av tjenestetilbudet.....	20

12.4	Utfordringer når det gjelder opplæring og samarbeid.....	21
13	KONKLUSJON.....	22

1 Om forskningsprosjektet "Evaluering av ambulante tjenester"

IRIS (tidligere RF-Rogalandforskning) har på oppdrag fra Helse Stavanger, Psykiatrisk klinikk, Avdeling for unge voksne gjennomført et forskningsprosjekt kalt "Evaluering av ambulante tjenester". Prosjektet har pågått siden 2004, og avsluttes i løpet av 2008. Ansvarlig for evalueringen (fra høsten 2004) har vært prosjektleder Tone B. Eikeland. Forprosjektet i 2004 ble gjennomført av Kirsten Allred. Evalueringen er finansiert fra Sosial- og helsedirektoratet.

Prosjektet har bestått av flere deler:

Allerede i 2004 ble det gjort en forundersøkelse, som et eget prosjekt før evalueringen startet. I forprosjektet så man på to kommuners erfaringer med de ambulante tjenestene. I 2005 kom rapporten "Dobbeltdiagnosepasienters mestringsevne. Evaluering av ambulante grupper i Sandnes og Stavanger." (Eikeland:Rapport RF – 2005/086). Her ble resultater og analyse fra en casestudie med intervju av informanter fra ulike deler av hjelpeapparatet (sosialtjeneste, kommunal psykiatritjeneste, fastleger, sengeposter/DPS, LAR, ambulante grupper), pasienter og pårørende/nettverk presentert. Tema er ulike tiltak for pasienter med dobbeltdiagnose, samarbeid om tiltak, og hvordan samarbeid og tiltak virker inn på pasientenes mestringsevne.

I neste fase, 2005/2006, ble det gjort en ny casestudie, med et nytt utvalg pasienter. Det ble også intervjuet ansatte i ambulante grupper, sosialtjeneste, kommunal psykiatri, trygd, Aetat, psykiatri spesialisthelsetjeneste og bufetat. Temaområder i fase 3 var erfaringer med og behov for samarbeid og kompetanseutvikling/-overføring. I 2006 ble resultater og analyse presenteres i rapporten "Evaluering av ambulante grupper. Fase 3, 2005-2006. Samhandling og kompetanseoverføring i hjelpeapparatet." (Eikeland:Rapport IRIS – 2006/090).

Høsten 2006 ble resultater/erfaringer fra rapportene brukt i workshops med ansatte i ambulante grupper, annen spesialisthelsetjeneste, og kommunale tjenester (sosialtjeneste, psykiatritjeneste).

Parallelt med evalueringsarbeid i regi av IRIS, har oppdragsgiver selv ved Amund Aakerholt samlet inn kliniske data om pasientgruppa i Sandnes i perioden 2001-06. I

tillegg har psykolog Leraand intervjuet 10 pasienter ved hjelp av kartleggingsverktøyet EuropASI. Pasientene ble reintervjuet etter to år.

Resultater fra både casestudier og workshops er nå oppsummert her, sammen med analyse av kliniske data om pasientgruppa.

2 Ambulante grupper, status i 2007

Både ambulant gruppe i Sandnes og Stavanger ble organisert under Helse Stavanger, Psykiatrisk klinikk, Avdeling for unge voksne. Gruppene ble samorganisert med de psykiatriske ungdomsteamene (PUT) på hvert sted og hadde felles ledelse med PUT. Gruppen i Sandnes kom i gang i løpet av 2001, ambulant gruppe i Stavanger året etter. Ambulant gruppe i Sandnes var normert med 4,5 stillinger, det samme i Stavanger (begge inklusive merkantile personell).

I løpet av 2005 sluttet mange av de ansatte i ambulant gruppe i Stavanger og i samarbeid med Stavanger kommune tok avdelingsledelsen initiativ til å etablere et nytt oppsøkende behandlingsteam (OBS) som samarbeidsprosjekt med kommunen. Teamet ble finansiert gjennom Storbysatsningen psykiatri, er normert med 14 stillinger og var operativt mot slutten av 2006

Målgruppen for de ambulante gruppene var pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig omfattende rusmiddelmissbruk. Gruppene skulle spesielt rette oppmerksomheten mot pasienter som hadde problemer med å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet i kommune og spesialisthelsetjeneste.

Fram til 2005 – 06 arbeidet begge gruppene ut fra denne målsettingen. Det nye OBS – teamet i Stavanger har beholdt opprinnelig målgruppe, men har listet opp en rekke tilleggskriterier når det gjelder funksjonssvikt. Det pågår en egen evaluering av arbeidet i OBS, jamfør IRIS-rapport 2007/025.

I Sandnes sluttet også de fleste av de opprinnelige medarbeiderne i løpet av 2006. Samtidig kom det få nye henvisninger. Leder for PUT sendte derfor en forespørsel til samarbeidende kommuner og bad om synspunkter på behov for en ambulant tjeneste knyttet til PUT. 5 av 11 kommuner svarte.

I dag har (august 2008) ambulans gruppe i Sandnes 2,8 behandlerstillinger mot 4 tidligere og har 19 pasienter som er definert som ambulante. Medarbeiderne i ambulans gruppe arbeider også tradisjonelt poliklinisk.

Fordi den opprinnelige ambulante gruppen i Stavanger ble oppløst og erstattet av OBS-teamet har vi i samråd med avdelingsledelsen valgt kun å ta utgangspunkt i klinisk materiale fra ambulans gruppe Sandnes. De første årene var pasientpopulasjonene i Stavanger og Sandnes nokså like og ASI-intervjuene omfatter pasienter fra begge grupper. Likevel har vi innhentet noen nøkkeltall fra OBS –teamet for 2007 og vil ta med dette materialet i diskusjonen.

Denne oppsummeringen er som nevnt basert på tidligere rapporter, klinisk materiale og workshops med ansatte og samarbeidsparter. Når vi til sist peker på noen utfordringer og mulige veivalg vil vi også ta i betraktning vurderinger og valg som er gjort etter at rapportene ble skrevet og de innspill kommunene i sør sektor har kommet med til PUT Sandnes.

3 Pasientpopulasjonen ved ambulans gruppe Sandnes

Tallmaterialet omfatter pasienter i behandling i perioden 2001 til og med 2006. Tallene er basert på journalopplysninger og intervju med behandlere. Ved siden av dette materialet har vi intervjuet 10 pasienter med Europ ASI hvorav alle har en alvorlig psykisk lidelse. Hensikten med ASI-intervjuene var å få fram en mer omfattende beskrivelse av de dårligste ambulante pasientene og måle eventuelle endringer etter to år i behandling/oppfølging.

3.1 Alder

I perioden 2001-2006 behandlet ambulans gruppe 91 pasienter hvorav 25 % var kvinner. Gjennomsnittalder for menn var 30,5 år og kvinner 29 år. Imidlertid var aldersspennet stort, fra 19 til 51 år. 44 % av mennene befant seg i aldersgruppen 25 tom 34 år, 24 % var i alderen 35 tom 45 år, 12 % aldersgruppa 19 til 24 år. Blant de få kvinnene var det en mye større spredning på alder (21 til 51 år).

3.2 Diagnosefordeling

Alle pasientene hadde et omfattende blandingsmisbruk. Det mest vanlige var blanding av hasj, amfetamin, ulike legemidler og alkohol. Enkelte misbrukte også opiater, men bare vel 20 av pasientene framsto som opiatmisbrukere.

I tillegg til rusmiddelmissbruk hadde 45,5 % av pasientene en diagnose i psykospekteret (F20 – 29) hvorav 86 % var menn. 24 % hadde en affektiv lidelse (F30 – 39), de øvrige hadde angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, ADHD. Det er her snakk om primærdiagnose ved siden av rusmiddelmissbruk, trolig vil svært mange ha flere samtidige diagnoser.

Hoveddelen av pasientene hadde en GAF-skåre (både S og F) mellom 30 og 50, et fåtall befant seg mellom 50 og 60. GAF står for Global Assessment of Functioning og måler symptom- og funksjonsnivå (S og F) på en skal fra 1 til 100. Pasienter som skårer under 50 har alvorlige symptomer og alvorlige vansker med å fungere sosialt. GAF-skåre er en del av minste basis datasett i psykisk helsevern.

3.3 Oppfølging etter 2006

I 2007 var kun 14 av de 91 pasientene (15%) enten i PUT eller ambulant gruppe, noen var overført til nye behandlere (jfr. personalendringene i 2007).

10 – 15 pasienter ble behandlet i andre deler av sykehussystemet (psykiatrisk senter, sengepost osv). Et fåtall (under 10) var enten i rusinstitusjon, fengsel eller hadde flyttet ut av distriktet. 5 av de 91 var døde.

De øvrige pasienter (nesten 60 %) hadde varierende grad av kommunal oppfølging, oftest i samarbeid med DPS. Ca 10 bodde i bemannede bofellesskap og 7 bodde hos foreldre/pårørende. 12 pasienter fikk legemiddelassistert behandling (LAR).

4 Pasientpopulasjonen ved OBS – Stavanger

Opplysningene er basert på tall fra IRIS-rapport 2007/025 og informasjon fra daglig leder. I 2007 hadde teamet 69 pasienter i alderen 19 – 50 år hvorav ca 20 % var kvinner. Gjennomsnittalderen for menn var 29 år, ca 10 år eldre for kvinner. Rundt halvparten av pasienten har en psykosediagnose.

5 Oppsummering av ASI-intervjuene

I utgangspunktet ble 15 personer med rus og psykoseproblematikk valgt ut, men 5 av disse lot seg ikke intervjuet eller ønsket ikke å være med. Ved første intervjutidspunkt ble derfor 10 personer intervjuet. Alle er menn i alderen 20 – 46 år. Halvparten av personene bodde på psykiatrisk institusjon. Personene utenfor institusjon hadde pågående rusmisbruk (3-7 dager pr uke). Ingen har vært i behandling på rusinstitusjon, men samtlige har hatt/har ambulant oppfølging. 9 av 10 har/har hatt et blandingsmisbruk. Injisering av amfetamin, kombinert med enten hasj, beroligende tabletter eller alkohol, er de mest brukte rusmidlene i gruppen. 6 av 10 injiserer rusmidler.

Ingen av informantene er i arbeid, samtlige lever på trygd (4 er uføretrygdet, 3 mottar rehabiliteringspenger) eller sosial støtte (3 personer). Ingen av informantene har vært gift, og ingen er for tiden i parforhold. Sosialt nettverk er hos alle begrenset til venner med rusproblemer. Det rapporteres om lite mellommenneskelige konflikter. Resultatet fra intervjuene viste stor opphopning av psykiske lidelser samt rus- og alkoholmisbruk i familien. 4 av 10 har vært tiltalt for kriminelle forhold (samtlige er rusrelatert). 9 av 10 rapporterer om daglige psykiske plager. 4 av 10 har hatt tidligere suicidforsøk.

To år senere ble 8 personer intervjuet (1 hadde flyttet og 1 ønsket ikke å delta). 5 av 8 personer var innlagt i kontrollert miljø (rus- og/eller psykiatrisk institusjon) på intervjutidspunktet, og 3 av disse holdt seg rusfri. Det er ingen endring i rusmønster (type, mengde/alvorsgrad og bruksmåte). I løpet av de siste to årene er det ingen som har holdt seg rusfri utenfor institusjon. 3 av 8 har vært i rusbehandling (ambulant eller institusjon) siste 2 år. 6 av 8 rapporterer daglige psykiske plager. Kun 1 informant hadde vært i arbeid/skole siste 2 år. 6 av 8 lever av uføretrygd.

Samlet sett viser begge målingene omfattende belastning innen flere livsområder, men det hadde skjedd liten endring med hensyn til rusmisbruk og funksjonsnivå fra første intervjutidspunkt til neste.

6 Innspill fra samarbeidende kommuner

Alle de fem kommunene som svarte på henvendelsen fra PUT Sandnes sier at en etter hvert har skaffet seg egen kompetanse vedrørende målgruppen. Noen av kommunene har bygd opp slik kompetanse gjennom samarbeid med blant annet ambulant gruppe. I

og med at kommunene har styrket sitt eget tjenestetilbud ser en mindre behov for å henvise til ambulante gruppe. Likevel pekes det på at en kan trenge ambulante tjenester når det gjelder enkelte utfordrende pasienter, og som brobygger inn i 2.linjen. Dette kan omfatte både hjelp til utredning og oppfølging gjennom ansvarsgruppe. Spesialpost på sykehusnivå etterlyses. Videre er det behov for holdningsarbeid på alle nivå, skoling av nye medarbeidere og noe veiledning. Det pekes også på behovet for utredning og kartlegging av unge pasienter som står i fare for å bli ”nye” dobbeltdiagnosepasienter.

7 Hvordan jobber ambulante team?

Resultatene fra begge rapportene viser at de ambulante gruppene har et variert spekter av arbeidsmåter og metoder å spille på. Tilpasning til den enkelte pasientens behov blir utgangspunktet for hvilke arbeidsmåter og tiltak som iverksettes. For eksempel ser vi en vekslning i bruk av oppsøkende arbeid, og poliklinisk arbeid, alt etter pasientens fungering. Integreert behandling er et nøkkelbegrep: gruppene jobber samtidig med pasientens psykiske lidelse og rusmisbruket. Samtidig kan termen integreert også vise til hvordan behandling like ofte kan bety praktisk hjelp og støtte. Det nytter ikke å sette i gang med behandling hvis alt annet flyter. Ofte vil det være slik at praktisk hjelp blir en viktig del av relasjonsbyggingen: ved å ta tak i det praktiske, enkle først kan man på lenger sikt komme i posisjon til behandling. Det synes nå å være en etablert forståelse i de ambulante teamene på at rammen rundt pasienten, med økonomi, bolig, nettverk må på plass før en kan starte behandling. Vi ser en dreining fra integreert behandling til integrerte behandlingstiltak, der boligforhold og sosial fungering blir like viktig som selve behandlingen.

Jobbing med enkeltpasienter i denne gruppa tar lang tid. Relasjonsbygging blir helt nødvendig for å kunne hjelpe, ofte har pasientene stor skepsis til hjelpeapparatet, og sliter med å holde avtaler. Oppfølging over lengre tid blir da viktig, og ofte kan en ikke sette i gang tiltak før en basis av trygghet og tillit er bygd opp. For ansatte i ambulante team vil det ofte dreie seg om å etablere en forståelse av at de er der for pasienten uansett, at de ikke gir opp. Som en av informantene fra et av de ambulante teamene sier:

”Det er det som er annerledes med ambulante gruppe, vi avslutter ikke, de (pasientene) står der, men vi har ikke hele tiden like mye kontakt hvis de ikke ønsker det. Men du sier ”du har et tilbud her og vi venter på deg” (ambulante team 1. Eikeland: rapport RF 2005)”.

Erfaringene fra den første rapporten (2004/2005) viser at oppsøkende arbeid, praktisk tilnærming, kontinuitet i oppfølgingen og stadig jobbing med tillit og relasjonen blir avgjørende for å kunne hjelpe pasienter med rus- og psykiatriproblematikk. Samtidig finner vi lite av denne tilnærmingen ellers i hjelpeapparatet. I psykiatritjenesten i noen av kommunene i Sør-Rogaland kan vi finne noe av den samme tilnærmingen. Erfaringer fra workshops i 2006 og innspill fra kommuner i 2007 kan tyde på at flere kommuner bruker ambulante, integrerte tilnæringsmåter i arbeidet med denne pasientgruppa i dag.

Mye av arbeidet med enkeltpasienter handler om å trekke inn og samarbeide med andre deler av hjelpeapparatet. I den første rapporten ble dette arbeidet oppsummert i de ulike roller ambulante grupper har i forhold til annet hjelpeapparat. De har i flere tilfeller fungert som mekler og brobygger mellom kommuner og annen spesialisthelsetjeneste, og mellom rusvern og psykiatri. Både kommunale tjenester og tjenester i 2. linjen forteller at ambulante grupper som mellomledd har minsket avstanden mellom 1. og 2. linjen.

De har også i flere saker fungert som pådriver for ulike tiltak for enkeltpasienter. Pådriverrollen gjelder både mot kommuner for å få bolig til pasienter, og i forhold til sengeposter og psykiatri for å få på plass diagnostisering og innleggelse. Deres kompetanse er også avgjørende for kommunene. Ofte opplever kommunale tjenester, spesielt i psykiatrien, at ambulante grupper gir faglig autoritet og trygghet i kontakt med annen psykiatri i spesialisthelsetjenesten. Flere oppgir også veiledning fra ambulante grupper som avgjørende for deres motivasjon i arbeidet med pasientene.

8 utfordringer i ambulante team/ved ambulant arbeid

Både i rapportene og fra gruppearbeidet på workshops høsten 2006 kom det fram flere utfordringer relatert til de ambulante gruppernes arbeid. Det ser ut til å være spesielt utfordrende å få til kontinuitet i oppfølgingen av enkeltpasienter, og riktig tiltak på riktig tid. Tålmodighet er ikke bare viktig i arbeidet med pasientene, ofte må man vente også på å få ulike tiltak på plass.

- Avgjørende tiltak som egnet bolig for pasienten kan ta tid å få på plass. En utfordring for både kommuner og ambulante grupper blir hva man skal gjøre når pasienten ikke har egnet bolig.
- Også opphold på egnet institusjon kan ta tid, og hva gjør vi når pasienten venter på institusjonsopphold? Og hvilken rolle skal ambulant gruppe ha når pasienten er på institusjon?
- Hvilke muligheter finnes for å få til egnet arbeid eller aktivitet for pasientene? Hva med de som kan jobbe for eksempel fem timer i uken? Finnes noe tilbud for dem? Hvordan vil den nye etaten NAV stille seg til disse utfordringene?
- Når er det riktig å avslutte behandling og oppfølging av enkeltpasienter fra ambulant gruppe?
- Hvordan kan vi balansere mellom rollen som behandler – og rollen som støtte-/omsorgsperson – for enkeltpasienter som kanskje ikke har noe annet nettverk?

9 Kompetanseutvikling og samarbeid

Samarbeid mellom ulike deler av hjelpeapparatet blir særlig viktig for å få til bedring for den enkelte pasient. I rapport 2 fokuserte vi spesielt på samarbeid og kompetanseutvikling. Når en person som trenger hjelp med styring av egen økonomi, hjelp til å passe avtaler, medisinsk behandling, og periodevise opphold på institusjon nytter det ikke å henvise pasienten fra en tjeneste til en annen. Her kreves et samarbeid der vi ser lenger og tar ansvar på en annen måte enn henvisningssystemer legger opp til.

Samarbeid er helt nødvendig for å få til den samtidighet og koordinering av tjenester som kreves for denne pasientgruppa.

Samtidig har samarbeid positive og viktige "bivirkninger" i form av kompetanseoverføring og kompetanseutvikling. Samarbeidsformer og kompetanseutviklingstiltak blir ofte to sider av samme sak. Vi vil derfor behandle disse sammen her. I det følgende presenteres en oppsummering av resultater hovedsakelig fra rapport 2 (2005/2006) og workshops med ansatte fra ulike deler av hjelpeapparatet høsten 2006.

10 Barrierer for samarbeid og kompetanseutvikling

10.1 Rammevilkår: systembarrierer

10.1.1 Tjenester i kommunene er organisert som avgrensede enheter, med hver sine tjenester.

I kommunene, som ofte kommer først i kontakt med pasienten, er tjenestene i stor grad organisert i separate enheter: sosialtjeneste (rus, økonomi), psykiatri og pleie- og omsorg fungerer som atskilte enheter. Hva da med pasienter som trenger flere tjenester, koordinert, samtidig og integrert? Og som trenger hjelp til å nyttiggjøre seg og ta imot disse tjenestene? I noen kommuner har man nå organisert rusvern og psykiatri i samme enhet. Kan erfaringer herfra hjelpe andre i gang med lignende tiltak, evt andre former for koordinering av tjenester? Hvordan kan evt erfaringer de ambulante teamene sitter med være en hjelp i en slik prosess?

10.1.2 Organisering i 1. og 2. linje

Med en førstelinjetjeneste som kommunene står for, og en andrelinjetjeneste organisert under staten, får vi to separate tjenestenivå og sektorer som begge har viktige tiltak for pasienter med rus- og psykiatriproblematikk. Mens vi i førstelinjen finner flere lavterskeltjenester, der det skal være enkelt for pasienten å komme til, er andrelinjens tiltak mer eksklusive på den måten at de krever henvisning av pasienter fra førstelinjen, og en del tiltak har ventetid. For pasienter som ofte trenger tiltak fra spesialisthelsetjeneste og kommuner samtidig og integrert (både praktisk hjelp og behandling), og der motivasjonen kan svinge fra dag til dag, blir et system med 1. og 2. linje et vesentlig hinder for å få til en god oppfølging og behandling.

10.1.3 Rusvern og psykiatri er ulike fagtradisjoner og sektorer

I den første rapporten kom det fram at ansatte i rusvernet og ambulante grupper hadde erfaringer med stigmatisering og avvisning av pasienter med rus- og psykiatriproblematikk i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Også fra psykiatriens side ble det framhevet at psykiske lidelser/problematikk kan være grunn til avvisning av pasienter i rusvernet. Men det framheves også at mer samarbeid mellom sektorene fører

til større forståelse. Også de ambulante gruppene har bidratt og bidrar her, med kompetanse på både rusvern og psykiatri.

10.2 utfordringer med systembarrierene

Hvordan få til samtidighet i tjenester? Hvordan avklare roller i forhold til hverandre? Hvordan få til koordinerte tjenester? Hvordan unngå huller og opphold i tiltakskjeden (for eksempel hvem har og tar ansvar for pasienten ved utskrivning fra sengepost?)

10.3 Samarbeidsbarrierer

10.3.1 Er pasienten innenfor eller utenfor målgruppa for ambulante grupper?

I noen tilfeller opplever sosialtjenesten at de ikke får ambulant team på banen i forhold til enkeltpasienter fordi pasienten ikke passer inn i den definerte målgruppa for ambulant team. Her kan det for eksempel være snakk om pasienter der rusmisbruket gjør det vanskelig å se om de har en psykisk lidelse, eller overskygger denne – eller der det er snakk om lettere psykiske lidelser som angst og depresjon. I slike og andre tilfeller vil ambulant team kunne henvise til andre deler av spesialisthelsetjenesten, der de mener pasienten vil få riktig og tilpasset hjelp. Men målgruppekriterier bør også drøftes og avklares. Hvordan står kriteriene rusmisbruk, psykisk lidelse og hjelpeløshet i forhold til hverandre? OBS-teamet i Stavanger har lagt til flere kriterier, som funksjonssvikt, der disse kan sies å komme inn under hjelpeløshet. Betyr dette at slike kriterier blir mer avgjørende enn kombinert rusmisbruk og psykisk lidelse?

10.3.2 Ulike målsetninger for arbeidet med enkeltpasienter

Rapportene viser stor variasjon i målsetninger. I forhold til enkeltpasienter vil det være naturlig at målsetningene varierer, siden målsetninger må tilpasses den enkelte. Men det er også mer generelle forskjeller mellom ulike deler av hjelpeapparatet, og ansatte, på hva som skal og bør være målsetninger for behandling og oppfølging av pasienter med rus og psykiatriproblematikk. Vi finner et skille her mellom de som mener en vesentlig bedring må være målsetning for all oppfølging og behandling, og de som mener stabilisering av livssituasjon i visse tilfeller er en mer realistisk målsetning. Skillet her viser spesielt til målsetninger i forhold til rusmisbruk: er det godt nok at pasienten

begrenser og trapper ned bruken av rusmidler, eller er eneste akseptable målsetning at alle pasienter skal bli helt rusfri?

Vi finner også slike skiller i forståelse av målsetning internt i de ambulante gruppene. Avklaringer og drøfting av målsetninger vil også skape større trygghet på når en bør avslutte behandling og oppfølging.

10.3.3 Ulik faglig forståelse

Som vi allerede har sett (se systembarrierer) finner vi ulike forståelser av dobbeltdiagnoseproblematikk i rusvern og psykiatri. Men vi finner også forskjeller i forståelse og kompetanse mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, ulike tjenester i kommunen (fastleger, sosialtjeneste, psykiatri), og kommuner, statlige etater (NAV), og spesialisthelsetjeneste. Ulike forståelser av pasientgruppa, og enkeltpasienter, kan gjøre kommunikasjon og beslutninger vanskelige. Samtidig gjør nettopp ulike forståelser at det blir enda viktigere å samarbeide om oppfølging av enkeltpasienter.

10.3.4 Faglig kompetanse, trygghet og egen motivasjon - ulikt syn på pasientens evne, vilje til hjelp

I kommunene, spesielt i psykiatritjenesten, uttrykkes behov for mer kompetanse og større trygghet i eget arbeid. I flere tilfeller har ambulante grupper her vært en god støtte i arbeid med enkeltpasienter. Kompetanse handler vel så mye om motivasjon som om faglig kompetanse. Ulikheter i syn på pasienters evne og vilje til hjelp henger ofte sammen med motivasjon for arbeidet. Langvarig oppfølging av pasienter kan kreve stor tålmodighet og virke demotiverende – ofte er det vanskelig å se virkningen av eget arbeid, og det er langt mellom framskrittene. Her ser vi at utstrakt samarbeid, og kompetanseutvikling også virker positivt for den enkeltes motivasjon.

10.3.5 Kjennskap til spesialisthelsetjenesten, også ambulante team

Første bud for å få til et godt samarbeid mellom kommunenes helse- og sosialtjenester og ambulante grupper er at de ansatte i kommunene vet at det finnes ambulante team. De vi intervjuet fra ulike kommuner var alle involvert i arbeid med en enkeltpasient, der også ansatt fra ambulante team var involvert i oppfølging av samme pasient. Likevel var

det enkelte som ikke hadde hørt om eller ikke kjente til ambulant team. Også i tilfeller der de satt i samme ansvarsgruppe. Ansatt fra ambulant team ble referert til som lege, eller ble oppfattet som del av andre tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Men de fleste hadde hørt om ambulant team. Likevel var det en del usikkerhet knyttet til hva ambulant team jobbet med: hvilke pasienter som var i deres målgruppe, og hvordan de jobbet med pasientene. Flere skilte ikke mellom ambulant team og PUT. I 2004/05 så vi begrenset kjennskap spesielt blant fastlegene. I 2005/06 så vi begrenset kjennskap like mye i annen spesialisthelsetjeneste. Sosialtjenesten var de som hadde best kjennskap til ambulante team.

Denne kjennskapen kan vi kalle systemkompetanse. For å få til samarbeid og kompetanseoverføring må de ulike ansatte kjenne systemet og hvor ulike tjenester tilbys. Spesielt gjelder dette i kommunene, som ofte etterlyser hjelp/støtte i forhold til pasienter med rus- og psykiatriproblematikk. Men systemkompetanse er ikke nok. Det må etableres personlige relasjoner mellom kommuner og ambulante team for å få til godt samarbeid. Fra ansatte i kommunene sies at de kvier seg for å ta kontakt dersom de ikke kjenner personene i hjelpeapparatet.

Den sentrale utfordring blir da hvordan en kan sikre både systemkompetanse i kommunene (spesielt i forhold til ambulante team), og gode relasjoner til kommunenes helse- og sosialtjenester i et system der ansatte kommer og går?

Det er også begrenset kjennskap til andre deler av spesialisthelsetjenesten: hvor kan man henvende seg i forhold til ulike tiltak? Men det handler ikke bare om å kjenne til de ulike tjenestene, men også om å ha den nødvendige trygghet og faglige autoritet til å ta kontakt. Her ser vi flere eksempler på at ambulant team har fungert som bindeledd mellom kommunen og annen spesialisthelsetjeneste. Kommunene opplever det trygt å ha ambulant team som garantist for faglig autoritet, og oppbacking fra dem i kontakt med for eksempel sengepost.

11 Hvordan samarbeider vi: samarbeidsformer og kompetanseutviklingstiltak

11.1 Etablere samarbeidsfora

Fra gruppearbeidet høsten 2006 kom det fram behov for å etablere samarbeidsfora mellom ambulante team og kommunene. I Stavanger har de et slik fast forum, etter at ambulant team her var på tilbudssiden i forhold til sosialdistriktene. I 2005 hadde de etablert faste møter med to av sosialdistriktene. Mest sannsynlig vil det være behov for flere slike fora, også med kommunale helsetjenester. Og så klart fora mellom de ulike kommunene i sør og ambulant team Sandnes. Kanskje en kan samle flere kommuner i et nettverk?

På samarbeidsmøtene med sosialtjenesten som er etablert i Stavanger melder sosialtjenesten selv hvilke saker de vil ta opp. Oftest blir det saker relatert til enkeltpasienter, men det er også anledning til å ta opp mer generelle spørsmål. Hvilket mandat skal det være for nye samarbeidsfora? Hva slags forum skal det være, og hvordan organiserer vi det? Skal vi ha en fast møteplan?

Slike samarbeidsfora, og samarbeid i det hele tatt, blir en vesentlig del av den totale kompetanseutvikling som skjer, både i kommuner og i ambulante grupper.

11.2 Erfaringslæring i enkeltsaker

11.2.1 Case-møter

Flere etterlyser fora der en kan drøfte saker relatert til enkeltpasienter utenom i ansvarsgruppa. Case-møter kan være en slik arena. Case-møter kan for eksempel gjennomføres etter behov med dem en har etablert faste samarbeidsfora med (se over).

11.2.2 Gå sammen til pasienten

I den første rapporten så vi et eksempel på et samarbeid mellom ambulant gruppe og kommunal psykiatritjeneste med oppfølging av en pasient. De samarbeidet tett, og oppsøkte periodevis pasienten sammen. Begge framhevet læringseffekten i et slikt teamarbeid. Å kunne jobbe i team direkte i arbeidet med enkeltpasienter ser ut til å være

en svært effektiv måte å utvikle egen kompetanse på. Samtidig kan de ansatte avlaste hverandre, oppnå økt motivasjon og trygghet. Samtidighet i tiltak og koordinerte tjenester for pasienten blir enklere å få til, og vurderinger av hva som bør gjøres kan foregå i en kontinuerlig prosess.

11.2.3 Ansvarsgruppemøter

Begge rapportene og workshops viser utstrakt bruk av ansvarsgrupper. Erfaringer med jobbing i ansvarsgrupper ser ut til å være vanlig i alle deler av hjelpeapparatet. Ansvarsgruppejobbing blir viktig for å få til nødvendige tiltak for pasienten ved at alle involverte tjenester er tilstede samtidig. Dermed kan også beslutninger om tiltak gjøres forholdsvis raskt. Ansvarsgruppene blir viktige for å få til den nødvendige samkjøring og samtidighet i tiltak for enkeltpasienter.

Men for at ansvarsgruppene skal fungere er det noen faktorer som bør være tilstede: ansvarsdeling og ansvarsavklaring, struktur, at alle medlemmer deltar på møtene, åpenhet og trygghet, og at viktige beslutninger angående pasienten blir tatt i gruppa.

11.2.4 Kurs – veiledning – hospitering

Flere i de ambulante gruppene har erfaring fra ulike typer av kompetanseoverføring til kommunale tjenester. Flere er, og har vært, veiledere for ulike kommunale tjenester. Noen har erfaring fra undervisning på videreutdanninger på UiS. Flere har også vært involvert som kursholdere/hatt presentasjoner på konferanser. Men kompetanseutviklingen som har vært drevet i kommunene har ikke vært systematisk. Både rapportene og workshops viste behov for mer kompetanse om rus/psykiatri i kommunene.

12 Diskusjon og vurdering

12.1 Pasientgruppa

Pasientpopulasjonen i de ambulante gruppene har endret seg lite i evalueringsperioden. Ca halvparten sliter med psykoseproblematikk og rusmiddelmissbruket er preget av en kombinasjon av hasj, amfetamin, alkohol og legemidler. Rene opiattmisbrukere er i mindretall og under 15 % får legemiddelassistert rehabilitering. Kvinneandelen er litt

lavere enn tradisjonelt i rusbehandling. ASI-intervjuene beskriver omfattende sosial og familiær belastning, men mindre kriminalitet enn en kunne forvente i en misbrukspopulasjon. Rehabilitering via skole og arbeid synes helt urealistisk. Pasientene greier kun å holde seg rusfrie i kontrollerte og beskyttende omgivelser (institusjon) og det er liten endring i løpet av to år.

Selv om ASI - intervjuene omfatter få pasienter mener vi de gir en god beskrivelse av de mest vanskeligstilte av de ambulante pasientene. Det kan se ut som om de ambulante gruppene har greid å fange opp noen av de pasientene som St.melding 25 (1996-97) mente falt utenom tjenestene i psykisk helsevern og at en har utviklet metoder som er godt tilpasset denne pasientgruppa. Viktige elementer i ambulant metodikk er: fleksibel oppfølging, bruk av mye tid på relasjonsbygging og praktisk tilnærming. ASI måler liten endring til tross for dels omfattende oppfølging. Trolig er en tidsperiode på 2 år alt for kort til å kunne vurdere eventuell nytte av ulike omsorgs- og behandlingstilbud.

I løpet av perioden 2001 – 2007 er 60 % av pasientene i ambulant gruppe Sandnes overført til kommunalt omsorgs- og tjenestetilbud, og med varierende oppfølging fra 2. linjetjenesten. Selv om en del av utskrivningene nok ble forsert på grunn av personalsituasjonen i de ambulante gruppene kan de se ut som om de aktuelle kommunene både har skaffet seg økt kompetanse med hensyn til den aktuelle pasientgruppe og viser vilje til å ta ansvar for oppfølging og omsorg.

12.2 utfordringer med pasientarbeid

Til tross for økt kompetanse i kommunene etterlyses fortsatt ambulant gruppe som brobygger og pådriver vis a vis sykehusposter og DPS. Ulike samarbeidsbarrierer og utfordringer kan fortsatt være til stede:

- Målsetting og problemsforståelse. Det at en ser liten endring hos pasientene kan føre til at 2.linjen vegrer seg. ”NN er utredet og trenger kommunal omsorg, det er lite vi kan gjøre”. Vi mener det fortsatt trengs diskusjoner rundt målsetting (f.eks skadebegrensning, stabilisering) og hvordan behandlings- og omsorgssystemene kan supplere hverandre når målene ikke nødvendigvis er full rusfrihet.
- Målgruppediskusjon. Avgrensinger av målgruppe kan medføre nye gråsoner. Vi ser at funksjonsutfall er blitt et like viktig kriterium som psykose og rus. En

diskusjon om hvordan samarbeide rundt de som faller utenfor vil trolig være mer tjenelig enn en debatt om målgruppe.

- Både aktører fra de ambulante gruppene og kommunene har rapportert om gode erfaringer med bruk av ansvarsgrupper, å arbeide sammen (kommune og spesialist-tjeneste) og bruk av uformelle case-møter. Det er en utfordring på ledelsesnivå å legge forholdene til rette for, og å videreutvikle god samarbeidsmetodikk. Gjensidig veiledning og hospitering bør videreutvikles. Likedan samarbeid rundt metodeutvikling og deling av kompetanse.

12.3 Utfordringer med organisering av tjenestetilbudet

Vi har tidligere pekt på at en deling av tjenestetilbudet på 1. og 2. linjenivå og et fragmentert kommunalt tjenestetilbud neppe gagnar pasientgruppa som denne rapporten handler om. De ”ambulante metodene” har mye handlet om samarbeid på tvers av nivå og integrerte tjenestetilbud. En kan spørre om det hadde vært bedre om alle tjenestene innen behandling og omsorg for denne gruppa var forankret innen et system og at mer spesialiserte tjenester supplerte det aktuelle systemet etter behov. Dersom en tenker at mesteparten av behandling og omsorg skal ligge på kommunalt må det bety en styrking av både kommunens ressurser og kompetanse, og vil utfordre både kommunal organisering og samhandling med 2. linjen.

Fram til 2005 -2006 var de ambulante gruppene i Stavanger og Sandnes nokså likt organisert som relativt autonome enheter knyttet til de psykiatriske ungdomsteamene (PUT). Siden har en av ulike grunner valgt to nokså forskjellige modeller:

I Sandnes er tilbudet i realiteten begrenset til ambulante tjenester innenfor Psykiatrisk ungdomsteam. 3 behandlere har hovedansvaret for disse tjenestene. De samme behandlere utfører også tradisjonell poliklinisk behandling.

I Stavanger har en etablert Oppsøkende behandlingsteam, samorganisert med kommunen og med 14 stillinger. Teamet har faglig samarbeid med PUT, men PUT og OBS har hver sine ledere.

Dette gir avdelingen en unik mulighet til å vurdere disse to ulike tilnærmingene til en pasientgruppe, der pasientgruppa i følge våre data er nokså lik i Sandnes og Stavanger. Problemmomfanget er rimeligvis større i Stavanger men diagnosefordeling og

misbruksmønster synes nokså likt. Med bakgrunn i forhold diskutert i denne evalueringen ser vi noen aktuelle problemstillinger knyttet til de to modellene:

- Er det rimelig å anta at kompetanse rundt, og videreutvikling av metoder knyttet til aktivt oppsøkende behandling bedre ivaretas av et stort team som har dette som hovedanliggende?
- Vil et stort team være bedre rustet med hensyn til problemer knyttet til personaltturnover?
- I hvilken grad vil den kommunale rus- og psykiatritjeneste føle seg forpliktet til å ta ansvar for en pasientgruppe som både er vanskelig å håndtere og som får et tilbud gjennom et stort behandlingsteam?
- Har liten bruk av ambulante tjenester i sørfylket sammenheng med hvordan kommunene har organisert sine tjenester?
- I hvilken grad kan modellene bidra til at ambulant arbeid i større grad blir en del av de generelle arbeidsmetoder ved avdeling og klinikk (spesialisthelsetjeneste)?

Modellene ovenfor er knyttet til spesialavdeling på sykehusnivå. I Mossregionen prøves det ut et samarbeid mellom DPS og fire kommuner gjennom etablering av et ACT (Assertive community treatment) – team. Målgruppen er den samme som for de ambulante gruppene i vårt fylke, men her er samarbeidet mellom kommune og 2. linje forankret i DPS. En modell som innebærer en form for samorganisering av tilbudet innen kommune/DPS kan være en tredje måte å møte utfordringene knyttet til pasienter med både rus- og psykisk lidelse.

12.4 utfordringer når det gjelder opplæring og samarbeid

Et gjennomgående tema i denne evalueringen er kompetanseoverføring. I tilbakemeldingene fra kommunene og fra de tidligere nevnte workshops ble behovet for opplæring av nye medarbeidere understreket. Kompetanseoverføring har fram til nå foregått via pasientarbeid og mer tilfeldige faglige samlinger. Avdelingen bør sammen med kommunene vurdere behovet for systematisk opplæring (i tillegg til hospitering) for på den måten å heve kompetansen i kommunen og ikke minst i NAV-systemet.

Rapportene har pekt på gode erfaringer med samarbeid, bruk av individuell plan og ansvarsgruppemøter. Slikt samarbeid er ofte knyttet til enkeltsaker. Uansett organisering av tjenestetilbudet vil det være behov for samarbeid rundt pasienter som krever

samtidige tjenester fra flere nivå og etater. Det er en utfordring for alle tjenesteytende instanser å utvikle gode samarbeidsmodeller knyttet opp mot system og ikke bare person.

13 Konklusjon

I perioden 2001 til 2007 har de ambulante gruppene greid å fange opp pasienter som til da i liten grad hadde nyttiggjort seg det ordinære tjenestetilbudet. Gjennom nært samarbeid med kommunal rus- og psykiatritjeneste har gruppene bidratt til å styrke behandlings- og omsorgstilbudet for pasienter med sammensatt rus- og psykisk lidelse. Vi har pekt på store utfordringer både når det gjelder behandling av enkeltpasienter, samarbeid rundt disse og organisering av tilbudet, men mener at flere av de samarbeidende kommuner i vesentlig grad har styrket sitt tjenestetilbud og vist vilje til å ta tak i utfordringene knyttet til pasienter med alvorlige og sammensatte lidelser.