



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

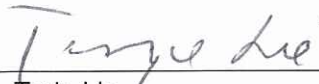
Terje Lie

**Oppsøkende behandlingsteam i  
Stavanger  
Pasientene**

Arbeidsnotat / Rapport IRIS - 2010/008

Prosjektnummer: 7202050  
Prosjektets tittel: Evaluering av Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger  
Oppdragsgiver(e): Universitetssykehuset i Stavanger og Stavanger kommune  
Forskningsprogram:  
ISBN: 978-82-490-0668-7  
Gradering: Konfidensiell (åpen fra: 15.02.2010)


Stavanger, 01.02.2010

  
Terje Lie  
Prosjektleder

01.02.2010  
Sign.dato

  
Amund Aakerholt  
Kvalitetssikrer

01.02.10  
Sign.dato

  
Gottfried Heinzerling  
Senterleder  
(Samfunns- og næringsutvikling)

1.2.2010  
Sign.dato

## **Forord**

Denne rapporten er del av et evalueringsprosjekt av Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger, OBS. Teamet ble etablert i 2006 som et prosjektsamarbeid mellom Stavanger kommune og Universitetssykehuset i Stavanger.

Rapporten handler om pasientene i OBS, deres bakgrunn og hvordan det er gått med pasienten etter at de kom i kontakt med OBS. Evalueringen omfatter også en brukerundersøkelse. Den første delen av evalueringen handlet om organisering av OBS og om samarbeidspartnere. Rapporten ble publisert i 2007.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Universitetet i Bergen og av Medisinsk etisk komité Vest.

## **Resymé**

Arbeidet i OBS-teamet rettes mot personer med psykiske lidelser og dobbeltdiagnose rus/psykiatri som tidligere ikke er fanget opp eller er falt ut av hjelpeapparatet. OBS-teamet skal kunne følge opp en avgrenset gruppe brukere over så lang tid som 2-3 år og skal samarbeide med aktuelle tjenesteytere på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten, Kriminalomsorgen, Politiet m. fl.

Resultatene av evalueringen viser at flertallet av pasienter viser tegn til forbedring på flere områder, bl. a. bedring av symptomer på psykiske lidelser og reduksjon av rusmiddelmisbruk. Pasientene gir gode vurderinger av kontakten med OBS. De har stor grad av tillit til behandlerne, opplever at de blir møtt med respekt og at de blir tatt alvorlig.

### **Takk til bidragsytere**

Vi takker pasienter og behandlere i OBS-teamet som alle har bidratt til gjennomføringen av evalueringen.

Stavanger, 01. februar 2010

Terje Lie, prosjektleder

## Innhold

Sammendrag .....	5
1 INNLEDNING .....	8
2 ERFARINGER MED ACT-BEHANDLING.....	8
2.1 Innledning.....	8
2.2 OBS-teamet .....	10
3 PROBLEMSTILLINGER OG METODE .....	11
3.1 Innledning.....	11
3.2 Metode.....	13
4 PASIENTOPPLYSNINGER.....	14
4.1 Henvisninger.....	15
4.2 Psykiske lidelser .....	15
4.3 Mye kontakt med helse- og sosialtjenesten før kontakt med OBS.....	16
4.4 Pasienthistorier .....	17
4.5 Behandlingsresultater.....	18
5 BRUKERUNDERSØKELSE OG PASIENTTILFREDSHET.....	20
5.1 Kontakthypighet med OBS og pasientenes egne vurderinger.....	21
5.2 Tilfredshet med tjenester fra andre instanser.....	26
6 DISKUSJON OG OPPSUMMERING .....	27
REFERANSER .....	33
VEDLEGG 1 SPØRRESKJEMA.....	35

## Tabeller

Tabell 1. Henvisninger til OBS. ....	15
Tabell 2. Pasienter i OBS. Psykiske lidelser*. (N=25). Totale tall og prosent .....	16
Tabell 3. Pasienter i OBS (N=25). Registrert kontakt med helse- og sosialtjenesten før og under kontakt med OBS*. Justerte tall. ....	17
Tabell 4. Spørsmål til pasienter: Har det skjedd noe med rusbruken etter kontakt med OBS. Tall fra brukerundersøkelsen (N=34) .....	19
Tabell 5. Oversikt over endringer i pasientens situasjon i forbindelse med behandling i OBS. Intervjuer av behandler basert på et tilfeldig utvalg pasienter (N=25). ....	20
Tabell 6. Pasienter i brukerundersøkelsen etter alder og kjønn .....	21
Tabell 7. Pasienter i brukerundersøkelsen etter sivilstatus .....	21
Tabell 8. Tidsrom pasientene har hatt kontakt med OBS. ....	21
Tabell 14. Hvordan har det vært å komme i kontakt med OBS? .....	22
Tabell 9. Vurdering av kontakten med OBS I, (N=34). Prosent .....	22
Tabell 10. Vurdering av kontakten med OBS II, (N=34). ....	23
Tabell 11. Tjenester pasientene mottar fra OBS (N=34). ....	24
Tabell 12. Boligforhold. Svar fra pasientene (N=34). ....	25
Tabell 13. Har OBS hjulpet pasienten med å skaffe bolig. ....	26
Tabell 15. Hva synes du om hjelpen fra andre instanser? Prosentandeler. ....	27



## Sammendrag

Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger (OBS) ble etablert høsten 2006. Teamet er et samarbeidsprosjekt mellom Stavanger kommune og Universitetssykehuset i Stavanger ved Psykiatrisk klinikk, avdeling unge voksne. IRIS har fått i oppdrag fra styret for prosjektet å evaluere teamet. Evalueringen er gjennomført i to faser. Den første evalueringen tok opp organisering av OBS-teamet og samarbeidspartneres syn på denne tjenesten. Denne delen av evaluering handler om nytten av teamet for pasientene og pasientenes syn på kontakten med OBS.

OBS-teamet bygger på erfaringer fra bl.a. "Assertive Community Treatment Teams" både i England og USA og fra andre prosjekter i Norge (Øverås og Fyhn 2006) og fra prosjektet "Udenfor" i København (<http://www.udenfor.dk>).

Arbeidet i OBS-teamet rettes mot personer med psykiske lidelser og dobbeltdiagnose rus/psykiatri som tidligere ikke er fanget opp eller er falt ut av hjelpeapparatet. OBS-teamet skal kunne følge opp en avgrenset gruppe brukere over så lang tid som 2-3 år og skal samarbeide med aktuelle tjenesteytere på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten, Kriminalomsorgen, Politiet m. fl. Samarbeidet kan omfatte boligtiltak, kommunale helse- og sosialtjenester, tilbud i spesialisthelsetjenesten mm. En viktig del av arbeidet er å bygge bro mellom første- og andrelinjetjenesten.

Hensikten med denne rapporten er å få fram opplysninger om pasientene, om pasientenes syn på tjenestene, nytten av behandlingen og konsekvenser for pasientene. Det er også et mål å undersøke om den kommunale sosial- og helsetjenesten kommer til uttrykk i OBS sin virksomhet og i hvilken grad OBS treffer målgruppa for teamet.

Evalueringen legges opp som en casestudie (eksempelstudie), med et fokus på pasientenes situasjon. Det er gjennomført intervjuer med behandlere og et tilfeldig utvalg pasienter med en svarprosent på 70 (N=25). Det ble også foretatt en brukerundersøkelse med et spørreskjema til alle pasientene, her ble svarprosenten 48 (N=34). Et utvalg på 26 pasienter gir store feilmarginer og må tolkes med forsiktighet. Det sammen gjelder tall fra brukerundersøkelsen (N=34).

Informasjon om pasienter er hentet fra intervju med behandlere og journaler som behandlerne har konsultert. Planen var å intervju pasientene direkte, men vi lyktes ikke med dette. Å intervju behandlere vil medføre mulige feilkilder, som for eksempel at behandlere kan komme til å "pynte" på resultater av kontakten med OBS. Vår erfaring er imidlertid at behandleren snarere hadde en tendens til å undervurdere forbedringer hos pasientene eller ofte hadde vanskelig for se endringer til det bedre. Forbedringer kunne observeres for flere av pasientene, selv om endringen bar preg av de små skrittets framgang, og kunne lett komme til å bli oversett i flere tilfeller.

Utover dette har evaluator deltatt som observatør på en rekke behandlingsmøter i teamet.

## Resultater

På grunnlag av behandlerintervju av et tilfeldig utvalg pasienter har 19 pasienter (76 prosent) vist tegn til forbedring på ett eller flere områder. En gruppe på 12 pasienter viser tegn på bedret motivasjon, er blitt mer tilgjengelig for behandling eller blitt klar for å starte behandlingstiltak utenom OBS. Flere pasienter har også vist bedring av symptomer og har redusert rusiddelmisbruket. Etter pasientenes egen vurdering i brukerundersøkelsen har 36 prosent redusert rusbruken og 32 prosent svarer at de for tiden er rusfrie.

På spørsmål om hvilken kontakt pasienten hadde med OBS da undersøkelsen pågikk, svarer 74 prosent av pasientene at de hadde jevnlig kontakt, mens 15 prosent oppgir kontakt "av og til". En andel på ni prosent hadde avsluttet kontakten, da de besvarte skjemaet.

Nær 40 prosent av pasientene har vært i kontakt med OBS under ett år, mens 20 prosent har hatt kontakt mellom ett og to år og nær 40 prosent i to år eller mer. På spørsmål om hvordan det var å komme i kontakt med OBS svarer 87 prosent at det var ganske eller svært lett.

Pasientene gir gode vurderinger av kontakten med OBS når det gjelder tid til samtaler, å bli forstått av behandleren og at hjelpen er tilpasset den enkelte. På spørsmål om pasienten har vært med på å lage individuell plan er svarene minst positive, drøyt 50 prosent oppgir at de i noen eller stor grad har laget en plan.

Pasientene svarer svært positivt på spørsmål om de hadde tillit til behandleren, om de opplevde at behandler brydde seg om dem, om de fikk fortalt behandler hva som var viktig, om de ble møtt med respekt av behandler, om de ble tatt på alvor av OBS og om de fikk vite hva OBS kunne hjelpe med.

Pasientene oppgir å ha motta flere former for hjelp fra OBS. I gjennomsnitt har pasientene mottatt nærmere fem ulike tiltak. En stor del av pasientene mener at kontakten har vært en hjelp til å komme videre med seg selv (40 prosent) eller å få orden på livet sitt (40 prosent). Like mange mente det var en hjelp å ha noen å snakke med.

Teamet samarbeider aktivt med kommunale helse- og sosialtjenester. Dette viser igjen både i brukerundersøkelsen og i behandlerintervjuene. Vi vil derfor konkludere med at kommunale tjenester kommer godt til uttrykk i OBS sin virksomhet. Kontakten er størst med fastleger, med miljøarbeidertjenesten og sosialtjenesten.

Pasienten tilfredsstillende i stor grad inntakskriteriene til teamet.

Pasienthistoriene viser at flertallet har kombinasjon av rus og psykiske lidelser. Sosial mestring kan variere, men mange fungerer dårlig på de fleste livsområder. Når en skal vurdere behandlingsresultater, må vi finne en rimelig målestokk. De fleste har hatt flere kontakter med sosial- og helsetjenesten før kontakt med OBS, og lite synes å ha vært til langvarig hjelp. Et gjennomgående trekk er at pasientene har droppet ut av behandling eller har trukket seg fra kontakt, men fastlegen ser ut til å ha vært en relativt stabil kontakt.



Samlet sett har behandlingen i OBS gitt positive resultater. I den relativt store gruppen som har bedret behandlingsmotivasjon og fått redusert symptomer, kan det likevel være et godt stykke fram før OBS mener det er tid for å avslutte behandlingen. Resultatene må likevel sies å være svært gode sett på bakgrunn av pasientenes tidligere erfaringer med hjelpeapparatet.

Den oppsøkende metoden som OBS praktiserer, basert på assertive community treatment-modellen, bidrar med stor sannsynlighet til å opprettholde kontakt med pasientene over langt tid, og lenger enn noen andre tilbud. På dette punkt ser ACT-metoden ut til å være unik som behandlingsmetode.

Intervjuene viser imidlertid at pasientene kan ha gode og dårlige perioder. Forbedring i én fase kan gå over i vanskeligere faser på et senere tidspunkt. Utvikling over et lengre tidsrom for OBS pasientene viser likevel en tendens til at kriser og tilbakefall opptrer sjeldnere og at pasientens situasjon stabiliseres på et bedre nivå enn da vedkommende fikk kontakt med OBS.

Snaut en fjerdedel av pasientene synes ikke å ha endret sin situasjon i merkbar grad i løpet av den tiden de har hatt kontakt med OBS.

# 1 Innledning

Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger (OBS) ble etablert høsten 2006. Teamet er et samarbeidsprosjekt mellom Stavanger kommune og Universitetssykehuset i Stavanger ved Psykiatrisk klinikk, avdeling unge voksne. I tjenestebeskrivelsen står det: *"Gjennom etablering av et tverrfaglig sammensatt ambulanseteam skal personer med alvorlig psykisk lidelse og sammensatte tilleggsproblemer, som tidligere ikke er fanget opp av eller er falt ut av hjelpeapparatet, gis et behandlings- og botilbud hvor samme behandlingsmiljø skal håndtere og gi hjelp over tid."* I tjenestebeskrivelsen presiseres at begrepet "behandling" innebærer oppdagelse, utredning, behandlings- og rehabiliteringstilbud. En rapport fra IRIS viser at forekomsten av brukere med omfattende og langvarige tjenestebehov er beregnet til 1,4 personer per 1000 innbyggere på landsbasis. Det er betydelig forskjell mellom Oslo og resten av landet (Lie 2007).

IRIS har fått i oppdrag fra styret for prosjektet å evaluere teamet. Evalueringen er gjennomført i to faser. Den første evalueringen tok opp organisering av OBS teamet og samarbeidspartneres syn på denne tjenesten. Denne delen av evaluering handler om nytten av teamet for pasientene og pasientenes syn på kontakten med OBS.

OBS har vært drevet som et prosjekt til nå. I prosjektperioden har teamet vært lokalisert på Stavanger Universitetssykehus, Psykiatrisk klinikk, avdeling for unge voksne og har vært underlagt ledelsen ved klinikken.

## 2 Erfaringer med ACT-behandling

### 2.1 Innledning

OBS-teamet bygger på erfaringer fra bl.a. "Assertive Community Treatment Teams" (ACT) i England (Schneider, 2006), fra Tøyenprosjektet (Øverås og Fyhn 2006, Lohne og Buseth, 2006), prosjektet "Udenfor" i København (<http://www.udenfor.dk>) og erfaringer fra ambulanseteam ved PUT i Stavanger (Eikeland 2006).

ACT-tilbud oppstod i USA i 1970-årene som en respons på nedbyggingen av de psykiatriske sykehusene, og det ble gjennomført flere forsøk med behandling av alvorlig psykisk syke pasienter utenfor psykiatrisk sykehus (Stein og Test 1978). I en studie av forsøkene konkluderer Test & Stein (1976 og 1978) med at pasienter i forsøksprogrammet klarer seg bedre på en rekke områder enn pasienter med vanlige sykehustjenester; de går kortere tid uten sysselsetting, oppnår bedre selvbygd og viser mindre symptomer på psykisk sykdom. Modellen Stein & Test beskriver inneholder fem nødvendige betingelser: materielle ressurser (bolig, mat, klær, medisin, rekreasjon osv.), lære mestring av dagliglivets aktiviteter, motivere pasienten til å bidra til å løse sine problemer, hjelpe pasienten ut av avhengighet av uheldige (patologiske) relasjoner



og etablerere et støttesystem som aktivt og pågående (assertively<sup>1</sup>) hjelper pasienten med de foregående nevnte kravene. Behovet for hjelp og oppfølging skyldes også pasientenes tendens til å droppe ut av ordinær behandling og å mislykkes med å holde avtaler. Det legges også vekt på å sikre kontinuitet i tjenester mellom ulike hjelpteinstanser. På denne tiden var ACT-behandling kun beregnet på alvorlig psykisk syke pasienter.

Senere forskning støtter resultatene av behandling med ACT. En artikkel av Marshall og Lockwood (1998) konkluderer med at pasienter henvist til ACT behandling klarer seg bedre enn pasienter/brukere som bare får standard tjenester fra kommunen (community care), sykehusbasert rehabilitering eller "case management" (omsorgsledelse). Sammenlignet med "standard community care" oppnådde pasienter i ACT bedre boligforhold, bedre sysselsetting og bedre pasienttilfredshet. De fikk også mindre behov for behandling i psykiatrisk sykehus. Det var ingen forskjeller når det gjaldt mental helse eller sosial fungering. Forfatterne konkluderte med at ACT tilbød mer effektiv omsorg for mentalt syke personer enn kontrollgruppen. ACT metoden var også populær blant pasientene og var en attraktiv arbeidsmåte for klinikere. Phillips et al., (2001) konkluderer med at ACT forbedrer situasjonen for pasientene. Pasienter som mottar ACT behandling har mindre innleggelse i psykiatrisk sykehus og oppnår mer stabile boligforhold. Malm (2002) konkluderer med at ACT som metode gir de beste evidensbaserte medisinske resultater og best imøtekommer klientenes behov. I studiene nevnt ovenfor var ikke pasienter med stort rusforbruk inkludert.

I en nyere artikkel (Cleary, M. et al 2008) analyseres 25 ulike kontrollerte studier av psykososiale intervensjoner av pasienter med alvorlig psykiske lidelser og rusmisbruk. Forfatterne konkluderer med at intervensjonene ikke gir bedre resultater enn ordinære tjenester for denne pasientgruppen.

I amerikanske beskrivelser av ACT-modellen skilles det mellom ACT og tradisjonell "case management". ACT er i større grad et tverrfaglig team med behandlere som har kompetanse innen psykiatri, sykepleie, psykologi og sosialt arbeid. Teamet samarbeider om å gi integrerte tjenester, følge med på framgang i forhold til mål for pasienten og tilpasse tjenestene over tid for å imøtekomme pasientens endrede behov. Antall pasienter per behandler er lavt med én behandler for hver tiende pasient, mot 30 pasienter i vanlig case management. ACT-teamet deler ansvar for pasientene og engasjerer seg sterkt i behandlingen av pasientene (Hogan 2009).

På norsk har man brukt betegnelser som "oppsøkende team-tjenester utenfor sykehus". Malm (2002) oversetter ACT med "oppsøkende samfunnsbasert behandling og

---

<sup>1</sup> Colins Cobuild English Ditionary definerer "assertive" som personer som taler og handler på med kraft slik at folk legger merke til dem. En norsk definisjon: Være ombudsmann for pasienten og ta vare på pasientens sosiale og juridiske rettigheter



rehabilitering". I Danmark er betegnelsen "oppsøgende psykoseteam" brukt (Notat fra Sykehuset Østfold og etablering av ACT-team i Mosseregionen, udatert).

I nyere beskrivelser omtales ACT-modellen som (se for eksempel Malm 2002):

- Et team med ansvar for en definert gruppe av pasienter
- Tverrfaglig team som arbeider etter oppsøkende metoder
- Behandlerne ("case managers") med ansvar for høyst 20 pasienter
- Ikke tidsbegrensede tjenester
- Koordinering av alle intervensjoner og all innsats fra medvirkende personer
- Mobil tilgang til tjenester døgnet rundt
- Høy grad av tilgjengelighet
- Behandlerens arbeidsoppgaver er å planlegge tjenester sammen med pasienter for å komme frem til felles beslutninger
- Sikre kontinuitet i kontakten med pasienten
- Ta et ansvar for å gjennomføre all behandling og praktisk hjelp i samarbeid med teamet
- Være ombudsmann for pasienten og ta vare på pasientens sosiale og juridiske rettigheter
- Være lærer og utdanner
- Fungere som rollemodell
- Være problemløser for pasienten

## 2.2 OBS-teamet

Arbeidet i OBS-teamet rettes mot personer med psykiske lidelser og dobbeltdiagnose rus/psykiatri som tidligere ikke er fanget opp eller er falt ut av hjelpeapparatet. Spesielt gjelder det pasienter hvor rusmisbruket og lavt funksjonsnivå har gjort det umulig å utrede og behandle den psykiatriske tilstanden på en tilfredsstillende måte. Pasientgruppen er beskrevet som personer med alvorlige psykiske problemer som følge langvarig rusmisbruk. Av den grunn greier de ikke å følge opp vanlig behandling eller tiltak. Målsettingen for den enkelte pasient er å bedre helsetilstanden og livssituasjonen slik at pasientene etter deltakelse i prosjektet har tilfredsstillende boligforhold og kan nyttiggjøre seg vanlig behandling.

OBS-teamets arbeidsmetode er basert på ACT-modellen, men det er ikke et mål i denne evalueringen å vurdere likeheter og eventuelle avvik fra ACT-modellen, for eksempel slik den framstilles i manualer som "Assertive Community Treatment. Evidence-Based Practices Kit. Evaluating Your Program". (U.S. Department of Health and Human Services 2008).

Teamet driver oppsøkende virksomhet på de arenaer hvor brukerne måtte oppholde seg. Teamet er organisert i spesialisthelsetjenesten og tar i mot henvisninger fra andre tjenesteytere. Teamet skal respondere på bekymringsmeldinger. Denne delen av virksomheten er omorganisert i løpet av 2009. Enkelte behandlere skal nå ha et hovedansvar for å respondere på bekymringsmeldinger.

OBS-teamet skal kunne følge opp en avgrenset gruppe brukere over så lang tid som to-tre år og skal samarbeide med aktuelle tjenesteytere på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet kan omfatte boligtiltak, kommunale helse- og sosialtjenester, tilbud i spesialisthelsetjenesten mm. En viktig del av arbeidet er å bygge bro mellom første- og andrelinjetjenesten.

I perioden da denne evalueringen ble gjennomført var det 14 ansatte i teamet. Den faglig bakgrunnen for behandlerne er sykepleier, sosionom, psykolog, psykiater og allmennlege. De ansatte har et delt ansettelsesforhold. Halvparten av behandlerne er ansatt i kommunen, og de andre ved Psykiatrisk klinikk. Leder i teamet er ansatt ved Psykiatrisk klinikk og har hatt instruksjonsmyndighet over de kommunalt ansatte. Det har vært opprettet en styringsgruppe med representanter fra kommunen og Universitetssykehuset i Stavanger.

De ansatte har i gjennomsnitt fem pasienter i aktiv behandling. To nyansatte hadde et lite antall pasienter da undersøkelsen fant sted. Psykiater, allmennlege og daglig leder hadde også forholdsvis få pasienter. Tar vi hensyn til dette, har de andre behandlerne ansvar for nær syv pasienter i i gjennomsnitt.

## **3 Problemstillinger og metode**

### **3.1 Innledning**

Hensikten med denne rapporten er å få fram opplysninger om brukerne, om brukernes syn på tjenestene, nytten av behandlingen og konsekvenser for pasientene. Det er også et mål å undersøke om den kommunale sosial- og helsetjenesten kommer til uttrykk i OBS sin virksomhet og i hvilken grad OBS treffer målgruppa for teamet.

#### **Konsekvenser for brukere**

Hensikten var her å undersøke ulike forhold ved pasientenes situasjon. I tjenestebeskrivelsen trekkes fram flere områder som er aktuelle å undersøke:

- Bedring av brukernes livssituasjon
- Redusert antall sykehusinnleggelser (brukeren ha kan et underforbruk av innleggelser og kanskje behov for flere innleggelser en periode)
- Skaffe bolig og stabilisere boligforhold
- Styrke sosialt nettverket
- Bedre bruk av penger
- Følge opp avtalt medikamentell behandling
- Bedre mestring av daglige gjøremål
- Bedre helsetilstand
- Bedre livskvalitet
- Stabilisere symptomer



- Hindre tilbakefall

## 2) Brukermedvirkning i bredt perspektiv, herunder

- deltakelse i utforming av individuell plan
- deltakelse i ansvarsgrupper
- behandling på pasientens premisser, i hvor sterk grad er pasienten involvert i behandlingsopplegg
- hvordan skal en oppnå best mulig deltakelse fra pasientens side
- grad av ”paternalisme” i utforming av behandlingsopplegg
- praktisering av prinsippet ”betingelsesløs omsorg og støtte”
- brukerundersøkelse: pasientenes subjektive oppfatning av sin situasjon (det lages skjema for en egen brukerundersøkelse)

## 3) Beskrive og evaluere behandlingsforløp i OBS med fokus på vektlegging av

- Selvstendig oppsøkende arbeid
- Bekymringsmeldinger
- Henvisninger
- Behandlingsforløp sett opp mot OBS som et lavterskeltilbud og en tverrfaglig spesialisthelsetjeneste, og hva et lavterskeltilbud skal bestå i.

## 4) Hvordan kommer kommunehelsetjenesten til uttrykk i OBS sin virksomhet. Her er det aktuelt å dokumentere kontakt med og bruk av:

- Fastlege
- Hjemmetjenester
- Miljøarbeidertjeneste
- Psykiatrisk sykepleietjeneste

## 5) Målgruppe

I tjenestebeskrivelsen for OBS beskrives inklusjonskriteriene for temaet. Et hovedspørsmål er i hvilken grad teamet treffer den rette målgruppa i praksis. Flere problemstillinger kan knyttes til dette.

Er det noen pasienter OBS ikke kan ta hånd om, fordi de er for dårlige/svakt fungerende?

Er det noen pasienter som OBS har tatt inn som pasienter, men som ikke tilhører målgruppa? Kunne noen av pasientene bli ivaretatt av andre som f. eks. i poliklinisk behandling eller klart seg på annen måte?

## 6) OBS sin rolle som kriseteam

OBS skal ikke være et akutt-team, men skal være et støtte- og behandlingsteam. Rollen som kriseteam er tillagt legevakten og akutt-post på psykiatrisk klinikk (AMC2). I evalueringen vil vi observere hvilken rolle OBS har i forhold til legevakt og akutt-post.

## 7) Bruk av kapasitet til andre oppgaver

OBS skal gi tilbud om behandling til pasienter, men har også som oppgave å ta imot og undersøke bekymringsmeldinger, respondere på uklare henvendelser og å drive oppsøkende arbeid.

## 3.2 Metode

Evalueringen legges opp som en casestudie (eksempelstudie), med et fokus på pasientenes situasjon. Ved å bruke en eksempelstudie kan man trekke ut sentrale erfaringer i teamet når det gjelder pasientene. Prosjektet er imidlertid ikke dimensjonert til å gjennomføre et design med kontrollgruppe. Dette setter begrensninger på generalisering av resultatene. Innenfor det lokalområdet OBS har ansvar for er det vanskelig å finne en god kontrollgruppe. Et av delkriteriene for å tas opp av teamet er at pasienten har droppet ut av annen behandling eller ikke klarer å følge opp avtaler med andre. Å etablere en kontrollgruppe som tilfredsstillende opptakskriteriene til OBS og som får behandling andre steder over lang tid er vanskelig og ville ha krevd større ressurser.

Det eksisterer en rekke måleinstrumenter for vurdering av resultater i klinisk praksis (se for eksempel Sederer & Dicky 1996). Det ville ha medført en betydelig oppgave å gjennomføre slike målinger i OBS-teamet. Teamet har diskutert bruk av ulike instrumenter, men har ikke satt i gang dette arbeidet ennå. De funn som gjøres i denne evalueringen kan imidlertid bidra til å øke kunnskapen om ACT-behandling i Norge.

### Datainnsamling

Evalueringen ble planlagt med intervjuer av pasienter, en brukerundersøkelse med spørreskjema og observasjoner på behandlingsmøter i teamet.

Planen om å foreta personlige intervjuer med pasienter lyktes ikke. Hensikten var å trekke et tilfeldig utvalg pasienter som skulle intervjues av forsker. Det ble utarbeidet en intervjuguide til dette formålet. Det viste seg imidlertid vanskelig å få i stand denne delen av evalueringen. Det viktigste årsaken var at pasientene vegret seg for å stille opp til intervju og at det generelt var vanskelig å lage avtaler.

For å få pasientinformasjon, måtte metoden endres. Det ble avtalt med teamet at forsker skulle foreta intervjuer med behandler om et tilfeldig utvalg pasienter. Før intervjuene ble gjennomført, mottok pasientene skriftlig informasjon om evalueringen og måtte gi sitt samtykke til at intervjuene med behandler kunne foretas.

### Pasientpopulasjon

I databasen over pasienter (DIPS) var det våren 2009 registrert 99 pasienter. Etter en gjennomgang med behandlere om samtlige pasienter, ble 22 pasienter vurdert å ikke være aktiv pasient hos OBS. To av pasientene registrert i DIPS var døde.

I pasientundersøkelsene ønsket vi ikke å ta opp intervju med nyregistrerte pasienter som behandlere ennå ikke hadde møtt og som dermed ikke hadde noen erfaringer med OBS. Dette gjaldt fire pasienter. Den reelle populasjonen pasienter var på 71 pasienter.



## **Utvalg til intervju**

Evalueringen er basert på data fra to utvalg av pasienter:

1. Et tilfeldig utvalg på 37 pasienter som behandlere ble intervjuet om.
2. En spørreskjemaundersøkelse om brukererfaringer til hele populasjonen på 71 pasienter.

Av de 37 tilfeldig utvalgte pasientene som behandlere skulle intervjues om, ble intervju gjennomført med 26 pasienter, hvilket tilsvarer en svarprosent på 70. Frafallet skyldtes i hovedsak at pasienten ikke ga samtykke eller vansker med å nå pasienten.

Brukerundersøkelsen med spørreskjema ble gjennomført som en populasjonsundersøkelse. Av de 71 pasientene i populasjonene svarte 34 personer på spørreskjemaet, hvilket tilsvarer en svarprosent på 48 (se Vedlegg 2).

## **Observasjon**

Observasjon ble gjort i teamets ukentlige behandlingsmøter. På disse møtene tok behandlerne opp utfordringer og spørsmål knyttet til enkeltpasienter. Sakene ble diskutert i fellesskap hvor teammedlemmene ga synspunkt, råd og refleksjoner omkring de enkelte sakene. For evaluator var dette en viktig del av evalueringen. Det ga innsyn i mangfoldet av problemstillinger knyttet til kontakt og behandling av pasienter. Evaluator fikk på denne måten bakgrunn for forståelse av de vansker pasientene strevde med og deres helsemessige og sosiale utfordringer. Observasjon ga også innsyn i hvilke muligheter behandlere hadde for å yte hjelp og hva som var realistisk å oppnå for den enkelte pasient. Deltakelse på behandlingsmøtene ga innsikt i den krevende oppfølgingen av pasienter som behandlere stod overfor og i deres evne til engasjement for å opprettholde kontakt med pasienten over lang tid. Det krevde i mange tilfeller mye tid og omtanke for å komme i posisjon overfor pasient og å skape en god allianse med pasienten.

## **4 Pasientopplysninger**

I denne delen presenteres resultater fra intervjuer med behandlere og fra brukerundersøkelsen av pasienttilfredshet. Det ble foretatt intervjuer med behandlere om 25 pasienter. Strukturen i intervjuene var knyttet til pasientens status ved inntak til teamet, behandlingstiltak overfor pasienten og vurdering av pasientens utvikling over tid.



## 4.1 Henvisninger

Pasienthistoriene viser en pasientpopulasjon med psykiske lidelser, rusmisbruk, kriminalitet og fengselsopphold, gjentakende kriser, sosial isolasjon mv. Et vanlig trekk er at pasientene har hatt mange behandlingstiltak tidligere, men har droppet ut av tiltakene. De fleste har opprettholdt kontakten med OBS etter henvisningen.

Opplysninger om pasientene viser at ingen er ”uoppdaget” av helse- eller sosialtjenesten. Alle pasienter har en eller annen gang vært i kontakt med en hjelpeinstans i sosial- eller helsetjenesten. Mange har kontakt med fastlege. Enkelte har startet opp LAR, men har droppet ut, og noen er søkt inn for andre gang i LAR (Legemiddelassistert rehabilitering). Oversikt over henvisninger viser at fastleger og psykiatrisk klinikk har flest henviste pasienter, se Tabell 1.

Tabell 1. Henvisninger til OBS.

Henvisning fra:	Prosent
Fastlege	24
PUT	16
Sosialkontor	20
Psykiatrisk klinikk, SUS	24
Annet (DPS, Kriminalomsorgen, bekymringsmelding)	16
I alt	100 (N=25)

## 4.2 Psykiske lidelser

Tabell 2 gir en oversikt over pasientenes psykiske lidelser. Opplysningene er registrert i DIPS eller framkommet gjennom intervju med behandlere. Oversikten bygger på utvalget av 25 tilfeldig valgte pasienter. Det kan være oppgitt mer enn én lidelse for hver pasient. Oversikten er ikke nødvendigvis uttømmende for omfanget av lidelser og ikke alle pasienter er tilstrekkelig utredet.

Lidelser i gruppen Schizofreni, psykoser og paranoide sykdommer utgjør den største andelen med 43 prosent av all lidelsene, mens affektive lidelser er på 27 prosent.

Personlighets- og atferdsforstyrrelser omfatter for eksempel aggressiv atferd og antatt ADHD. Gruppen ”annen svikt eller lidelse” omfatter for eksempel spiseforstyrrelser og kognitiv svikt.

I dette utvalget er 24 av 25 pasienter registrert med rusmiddelmisbruk, mange med et omfattende og langvarig misbruk. Rusmidlene er stort sett alkohol, hasj, amfetamin, heroin og piller (b-preparater). Det er ikke tatt stilling til om noen av de psykiske lidelsene er utløst av rus, men det kommenteres av behandlere at enkelte pasienter ikke synes å ha psykotiske episoder når de er rusfrie.

Tabell 2. Pasienter i OBS. Psykiske lidelser\*. (N=25). Totale tall og prosent

	Tallet på lidelser	Prosent (basis: tallet på lidelser)	Prosent** (basis: tallet på pasienter)
Affektive lidelser	10	27	40
Schizofreni, psykoser, paranoide lidelser	16	43	64
Personlighets- og atferdsforstyrrelser	7	19	28
Annen svikt eller lidelse	4	11	16
I alt	37	100	148

\*) Tall er basert på behandlerintervjuer (N=25). \*\*) En person kan være registrert med mer enn én lidelse.

### 4.3 Mye kontakt med helse- og sosialtjenesten før kontakt med OBS

Alle pasienter har vært i kontakt med helse- eller sosialtjenesten før de kom til OBS. De fleste ble henvist fra en annen instans, men et fåtall kom i kontakt med OBS gjennom bekymringsmeldinger. Tabell 3 gir en oversikt over instanser som pasientene har vært i kontakt med før de kom til OBS. Opplysningen bygger på opplysninger fra behandlere og fra brukerundersøkelsen.

I gjennomsnitt har pasientene vært i kontakt med godt over fire instanser i helse- og sosialtjenesten. En andel på 68 prosent har vært i kontakt med psykiatrisk klinikk, de fleste som innlagte pasienter. En del pasienter har vært i kontakt med flere behandlingssteder i spesialisthelsetjenesten i psykiatri (PUT, DPS og spesialist). En andel på 56 prosent har vært i kontakt med rusbehandling<sup>2</sup>. En andel på 64 prosent har hatt kontakt med fastlege.

Det har vært betydelig kontakt med kommunale tjenester som sosialkontor, boligkontor og hjemmesykepleie/hjemmehjelp.

Samlet sett viser oversikten at pasientene i stor grad bruker tjenester i hjelpeapparatet, både i spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, inkludert NAV. Størstedelen av tjenestene som vises i tabellen nedenfor gjelder tiden før pasientene kom til OBS, se Tabell 3.

<sup>2</sup> Det er ikke skilt mellom tiltak som har driftsavtalte med et helseforetak eller andre tiltak.

Tabell 3. Pasienter i OBS (N=25). Registrert kontakt med helse- og sosialtjenesten før og under kontakt med OBS\*. Justerte tall.

Instans	Tallet på kontakter	Prosent av kontakter	Prosent av pasienter** (N=25)
Psykiatrisk klinikk/poliklinikk	17	14	68
PUT, (psykiatrisk ungdomsteam)	6	5	24
Spesialist i spes. helsetjenesten	3	3	12
DPS	3	3	12
Fastlege	16	14	64
Rusbehandling	14	12	56
Sosialtjenesten	16	14	64
Boligkontor	9	8	36
Rehabiliteringskontor/miljøtjenesten i kommunen	10	8	40
Hjemmehjelp og hjemmesykepleie	5	4	20
NAV, arbeidstrening mv	14	12	56
Annet	2	2	1
I alt	118	100	453

\*) Tallene er basert på behandlerintervju og er justert på bakgrunn av tall fra brukerundersøkelsen. Flere instanser kan være registrert for hver pasient. \*\*) Hver pasient kan være registrert med flere kontakter.

#### 4.4 Pasienthistorier

Vi skal her gjengi eksempler fra intervjuer om pasienter. Opplysningene er konstruert på grunnlag av flere intervjuer og er uttrykk for typiske trekk ved pasientene, men representerer ikke én bestemt pasient.

##### Pasient A

Pasienten er henvist fra fastlegen. Han har vært innom ulike tiltak, bl.a. psykiatrisk klinikk og rusbehandling. Ingen har lyktes med å hjelpe ham, og det har ikke vært noe system på oppfølging av pasienten. Det er mistanke om alvorlig psykisk lidelse, men pasienten er ikke skikkelig utredet. Han har fått medisiner, men vil ikke ta dem. Han har tilbud tiltak via NAV for å komme i gang med arbeidstrening. Han gir uttrykk for motivasjon for å forsøke, men møter ikke opp til avtaler hos arbeidsgivere, og det kommer ikke noe ut av forsøkene. Han har fått tildelt bolig, men klarer ikke å oppholde seg i leiligheten og har flyttet hjem til foreldrene.

Han bruker mange typer rusmidler og tar subutex illegalt. Det er søkt om LAR, men han har fått avslag til nå. Han har en lang rushistorie og har flere fengselsopphold bak seg. Han har pådratt seg gjeld og har problemer med å betale. Han er skeptisk til hvem han snakker med.

Pasienten er vanskelig å få kontakt med, og behandler bruker mye tid på å komme i kontakt med ham. Behandler er usikker på hvilke tiltak som kan passe for ham. Han har et dårlig funksjonsnivå, og behandler ser for seg at han vil være pasient hos OBS i lang



tid framover. Pasienten har vært i kontakt med OBS i ett år og virker motivert til å opprettholde kontakten.

### **Pasient B**

Pasienten ble henvist fra sosialkontor med bestilling om at han trenger mer hjelp til behandling. Erfaringen fra sosialkontoret er at han ikke følger opp avtaler. Han har vært innlagt på psykiatrisk klinikk og har fått diagnosen schizofreni. Han har tidligere hatt et par tvangsinnleggelses. Han har store rusproblemer og har vært inn og ut av LAR. Han fikk først plass, men klarte først ikke å følge opp tilbudet. Senere har han fått nye tilbud fra LAR og skal prøve om et par måneder. Det er prøvd flere behandlingstiltak i rusfeltet, uten at det har hjulpet han.

Behandler har lagt ned et stort arbeid for å få ham inn i tilbud. Boligforholdene har vært ustabile og for tiden bor han på hospits. Han har holdt kontakt med OBS i et par år.

### **Pasient C**

Denne pasienten kom i kontakt med OBS gjennom en bekymringsmelding fordi det kunne tyde på at han var psykotisk. Han har en lang historie med rus, vold og kriminalitet. En gang var han nær ved å dø av en overdose heroin. Etter kontakten med OBS er han blitt motivert for behandling og er nå i et arbeidstiltak. Pasienten har redusert rusbruken betydelig. Behandler fra OBS har lagt ned mye arbeid i å hjelpe ham. Uten hjelp fra OBS er det stor sannsynlighet for at ikke ville ha overlevd, mener behandler.

### **Pasient D**

Pasienten er henvist fra psykiatrisk klinikk og har behov for videre oppfølging. Pasienten har angst og depresjon etter traumatiske opplevelser. Pasienten hadde en vanskelig oppvekst med vannskjøtsel og mye rus i familien. Hun har vært uten fast bolig i mange år, og livet har vært preget av rus og kaos. Pasienten har prøvd flere behandlingstilbud for sine rusproblemer, men har ikke klart å fullføre noe opphold. Hun opplever stadig nye kriser og kan opptre svært aggressivt. Behandler har hatt tett kontakt med pasienten og hun har roet seg mye i løpet av denne tiden. Hun opptrer mer som en åpen person og viser mer selvinnsikt. Det er i gang en prosess for å skaffe henne egen bolig. Hun har hatt kontakt med OBS i over to år.

## **4.5 Behandlingsresultater**

Et spørsmål her er hvilke kriterier man skal legge til grunn for gruppering av resultater. På grunnlag av pasientenes bakgrunn når det gjelder psykiske lidelser, omfang av rusmiddelbruk og vansker med kontakt med andre hjelpeinstanser, mener vi at kriterier på bedring må settes lavt. Bare det å holde kontakt med behandling over lang tid er et positivt tegn. Å forebygge dødelighet i pasientpopulasjonen kan være et annet behandlingsbidrag.

I denne oversikten over tegn til forbedring, har vi lagt til grunn endringer som kan synes marginale, men som likevel er viktige i sett i sammenheng med behandlingen. Det kan

dreie seg om forhold som at behandler kommer i posisjon for dialog, det å bli mer tilgjengelig for behandling og kontakt, styrket motivasjon for å ta i mot videre behandling, økt selvinnsikt og å være klar for behandlingstiltak utenom OBS. Andre tegn på forbedring kan være reduksjon av symptomer på psykiske lidelser, redusert rusbruk eller å ha blitt rusfri. Noen klarer seg bra uten OBS og er klar for utskriving.

Tabell 5 viser endringer i pasientenes situasjon på intervjuetidspunkt, sommeren 2009.

På grunnlag av behandlerintervju av et tilfeldig utvalg pasienter (N=25), har 19 pasienter (76 prosent), vist tegn til forbedring på ett eller flere områder. En gruppe på 12 pasienter viser tegn på bedret motivasjon, er blitt mer tilgjengelig for behandling eller er blitt klar for å starte behandlingstiltak utenom OBS. Flere pasienter har også vist bedring av symptomer og har redusert rusforbruket. Denne gruppen pasienter er i stor grad de samme som har styrket motivasjon til behandling og har redusert rusbruk. Tallet på pasienter med redusert rusbruk kan være satt for lavt på grunnlag av informasjon fra behandlere. Dette skyldes manglende opplysninger. Etter pasientenes egen vurdering i brukerundersøkelsen har 36 prosent reduserte rusbruken, og åtte svarer at de for tiden er rusfrie, se Tabell 4.

Tabell 4. Spørsmål til pasienter: Har det skjedd noe med rusbruken etter kontakt med OBS. Tall fra brukerundersøkelsen (N=34)

	Antall	Prosent
Ruser mindre enn før	9	36.0
Omtrent som før	7	28.0
Mer enn før	1	4.0
For tiden rusfri	8	32.0
I alt	25	100.0
Ikke aktuelt for meg	2	
Ikke svart	7	
Alle	34	

En gruppe på fire pasienter er blitt så bra at de klarer seg uten OBS og skal skrives ut av teamet. Én person har kommet i yrkesaktivt arbeid.

For fire av pasientene er det registrert lite endringer i situasjonen, og videre opplegg for denne gruppen pasienter er uavklart. Pasientene er motivert for å opprettholde kontakten med OBS. Etter behandlerens vurdering har pasientene behov for langvarig oppfølging, men oppfølgingsansvaret kan ligge hos andre enn OBS for enkeltes vedkommende.

Det er en del overlapping av grupperingen av pasienter etter de ulike kriteriene, slik at en pasient kan være registrert i flere grupper: for eksempel både bedring av psykiske symptomer og redusert rusbruk. For én gruppe pasienter er det ikke registrert noen tydelig endring, og et mindre antall pasienter er under utredning.



Tabell 5. Oversikt over endringer i pasientens situasjon i forbindelse med behandling i OBS. Intervjuer av behandler basert på et tilfeldig utvalg pasienter (N=25).

	Antall
Bedring av symptomer på psykiske lidelser	11
Mindre rus/ rusfri	10
Mer motiver til behandling, mer tillit til behandler, mer tilgjengelig for behandling og kontakt, skal starte andre tiltak	12
Klarer seg bra uten OBS, skal avsluttes, kan overføres til andre	4
Fått jobb helt eller delvis	2
Under utredning	2
Lite endring, usikker på videre behandling, lite symptombedring	6
Tvil om pasientens situasjon	1

## 5 Brukerundersøkelse og pasienttilfredshet

Som en del av evalueringen ble det gjennomført en brukerundersøkelse ved bruk av et spørreskjema som ble distribuert til alle pasientene i populasjonen (N=71). I alt besvarte 34 personer spørreskjemaet. Undersøkelsen ble gjennomført i perioden juni – august 2009, se også avsnitt om metode.

### Bakgrunnsopplysninger

I utvalget av pasienter i brukerundersøkelsen er 76,5 prosent menn og 23,5 prosent kvinner. I hele pasientpopulasjonen er andelen kvinner 28 prosent. Kvinner er altså litt underrepresentert i brukerundersøkelsen sammenlignet med hele populasjonen.

Tabell 6. Pasienter i brukerundersøkelsen etter alder og kjønn

	Prosent i utvalget	Prosent i hele i hele populasjonen (DIPS)
Mann	76,5	73
Kvinne	23,5	28
Totalt	100.0(N=34)	100 (N=99)

Tabell 7. Pasienter i brukerundersøkelsen etter sivilstatus

	Antall	Prosent
Ikke gift eller samboende	28	82.4
Gift	3	8.8
Samboer	3	8.8
Totalt	34	100.0

## 5.1 Kontakthypighet med OBS og pasientenes egne vurderinger

På spørsmål om hvilken kontakt pasienten hadde med OBS da undersøkelsen pågikk, svarte 74 prosent av pasientene at de hadde jevnlig kontakt, mens 15 prosent oppgir kontakt "av og til". En andel på ni prosent hadde avsluttet kontakten da de besvarte skjemaet.

Nær 40 prosent av pasientene har vært i kontakt med OBS i under ett år, mens 20 prosent har hatt kontakt i mellom ett og to år og nær 40 prosent i to år eller mer, se Tabell 8.

Menn utgjør 77 prosent av pasientene og kvinner 23 prosent. Flertallet av pasientene er verken gift eller er samboende (82 prosent).

Tabell 8. Tidsrom pasientene har hatt kontakt med OBS.

	Antall	Prosent
Under 1 år	13	39.4
Mellom 1 og 2 år	7	21.2
Mellom 2 og 3 år	10	30.3
Over 3 år	3	9.1
I alt	33	100.0
Ikke svart	1	
Alle	34	

## Lett å komme i kontakt med OBS

På spørsmål om hvordan det var å komme i kontakt med OBS svarer 87 prosent at det var ganske eller svært lett.

Tabell 9. Hvordan har det vært å komme i kontakt med OBS?

	Antall	Prosent
Svært vanskelig	1	3.2
Ganske vanskelig	1	3.2
Verken eller	2	6.5
Ganske lett	15	48.4
Svært lett	12	38.7
I alt	31	100.0
Usikker	1	
Ikke svart	2	
Alle	34	

### 5.1.1 Pasientens egne vurderinger av kontakten med OBS

I vurderingen av kontakten med OBS tar pasienten stilling til flere utsagn. Pasientene fikk også et sett av spørsmål om kontakten med OBS II, se Tabell 10 og Tabell 11.

Tabell 10. Vurdering av kontakten med OBS I, (N=34). Prosent

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Gjennomsnitt*
Får du nok tid til samtaler og kontakt med din behandler?	-	-	46	52	3,5
Opplever du at behandleren forstår deg	-	-	29	71	3,7
Opplever du at den hjelpen du får er tilpasset deg?	-	-	32	65	3,6
Har du vært med å lage en individuell plan?	-	-	30	23	2,3
Alle	-	-	34	53	3,3

\*) Skala fra en til fire, 1=Ikke i det hele tatt, 2=I liten grad, 3=I noen grad, 4=I stor grad.

Tabell 11. Vurdering av kontakten med OBS II, (N=34).

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	Noen grad	Stor eller svært stor grad	Gjennomsnitt*
Har du tillit til behandleren din?	-	-	15	81	4,0
Opplever du at behandler i OBS bryr seg om deg?	-	-	19	82	4,1
Får du fortalt behandleren det som er viktig for deg?	-	-	24	66	3,9
Blir du møtt med respekt av folk fra OBS teamet?	-	-	19	75	3,9
Blir du tatt på alvor av OBS?	-	-	19	78	4,1
Får du vite hva OBS kan hjelpe deg med?	-	-	41	47	3,5
Alle	-	-	23	72	3,8

\*) Skala 1- 5 hvor 1=Ikke i det hele tatt, 2=I liten grad, 3=I noen grad, 4=I stor grad, 5=I svært stor grad

Pasientene gir gode vurderinger av kontakten med OBS når det gjelder tid til samtaler, å bli forstått av behandleren og at hjelpen er tilpasset den enkelte. På spørsmål om pasienten har vært med på å lage individuell plan er svarene minst positive, drøyt halvparten av pasientene oppgir at de i noen eller stor grad har laget en plan.

#### *Pasientene har tid nok til samtaler*

Over halvparten av pasientene (52 prosent) mener at de i stor grad får tid nok til samtaler med behandler, og 46 prosent svarer ”i noen grad”.

#### *Opplever du at behandleren forstår deg*

En andel på 71 prosent opplever at behandleren i stor grad forstår dem, og 29 prosent svarer ”i noen grad”.

#### *Tilpasset hjelp*

Av alle pasientene mener 65 prosent at hjelpen de får i stor grad er tilpasset dem, og 32 prosent svarer ”i noen grad”.

#### *Individuell plan*

Andel som har vært med å lage individuell plan er forholdsvis liten, 23 prosent svarer ”i stor grad”, mens 30 prosent svarer i ”i noen grad”.

### **God vurdering av behandlerne**

Pasientene svarte positivt på spørsmål om de hadde tillit til behandleren, om de opplevde at behandler brydde seg om dem, om de fikk fortalt behandler hva som var viktig, om de ble møtt med respekt av behandler, om de ble tatt på alvor av OBS og om de fikk vite hva OBS kunne hjelpe med, se Tabell 11.



Gjennomsnittsskåren ligger rundt fire på de fleste spørsmålene, unntaket er spørsmål om pasienten får vite hva OBS kan hjelpe med. Alt i alt viser svarene at pasientene uttrykker stor grad av tilfredshet med behandlerne og med OBS temaet, men vurderingen av hva OBS kan hjelpe med er over gjennomsnittet på skalaen, men dårligere enn skårene på de andre spørsmålene.

### **Godt samarbeid med behandler**

Pasientene fikk spørsmål om hvordan de samarbeider med sin behandler. En andel på 68 prosent svarer ”svært bra”, mens 33 prosent svarer ”bra”, (ingen svarer ”dårlig”).

### **Mye hjelp fra OBS**

Pasientene oppgir å ha mottatt flere former for hjelp fra OBS. I gjennomsnitt har pasientene mottatt 4,8 ulike tiltak, se Tabell 12.

Tabell 12. Tjenester pasientene mottar fra OBS (N=34).

	Prosent *
Praktisk hjelp til daglige gjøremål	53
Hjelp til å kontrollere rusmisbruk	63
Kontakt med NAV	47
Kontakt med sosialkontor	56
Kontakt med kriminalomsorg i frihet	6
Henvising til rustiltak	53
Kontakt med rehabiliteringskontoret	34
Henvist somatisk sykehus	28
Henvist psykiatrisk behandling	63
Samtaler med OBS	81
Alle	484

\*) En pasient kan ha mottatt mer enn én tjeneste.

I gjennomsnitt oppgir pasientene at de har mottatt nærmere fem ulike tjenester hver. Det gjelder både direkte tjenester som samtaler med OBS, praktisk hjelp og hjelp til å kontrollere rusmiddelmissbruk. Tallene viser også at OBS-teamet jobber aktivt med andre hjelpeinstanser, både i spesialisthelsetjenesten, i sosialtjenesten og NAV.

### **Kontakten med OBS er viktig for pasienten**

En stor del av pasientene mener at kontakten har vært en hjelp til å komme videre med seg selv (40 prosent) eller å få orden på livet sitt (40 prosent). Like mange mente det var en hjelp å ha noen å snakke med.

### **Mindre rusing**

En andel på 68 prosent sier at de ruser seg mindre enn før eller er rusfrie. Andelen som ruser seg omtrent som før eller mer er på 32 prosent.



## Flertallet er svært fornøyd med kontakten med OBS

På spørsmål om hva pasienten synes om kontakten med OBS alt i alt, svarer 72 prosent ”svært fornøyd”, mens 28 prosent svarer ”fornøyd”.

### Følge opp avtaler

Pasientene ble spurt i hvilken grad de klarte å følge opp avtaler med behandler i ulike sammenhenger. Halvparten av de spurte mente at de i stor grad klarte å følge opp avtaler, og 35 prosent svarte ”i noen grad”. En andel på 15 prosent svarte ”i liten grad”.

### 5.1.2 Boligforhold

Kun fire prosent av pasientene oppgir at de ikke har noen bolig, mens en andel på 17 prosent oppgir å ha egen privat bolig. En andel på fire prosent bor på hospits og 13 prosent oppholder seg på institusjon (fengsel eller sykehus). Ingen i utvalget oppgir kortvarig overnatting som Ladegård<sup>3</sup> i denne undersøkelsen, se Tabell 13. Nær 45 prosent av pasientene oppgir at de har fått hjelp av OBS til å skaffe bolig eller at OBS prøver å hjelpe med bolig, gjennom henvisning til helse- og sosialkontoret.

Tabell 13. Boligforhold. Svar fra pasientene (N=34).

	Antall	Prosent*
Egen bolig	4	17.4
Leier hos andre	4	17.4
Hospits	1	4.3
Kortvarig overnatting, Ladegård og lignende	0	-
Institusjon, fengsel sykehus	3	13.0
Bor hos foreldre	1	4.3
Bor hos venner eller kjente	1	4.3
Har ingen bolig	1	4.3
Kommunal bolig	10	43.5

\*) Dobbel avkrysning kan forekomme.

<sup>3</sup> Kommunalt overnattingstilbud til personer uten bolig. Ladegård brukes imidlertid i flere tilfeller for kortvarig overnatting, men det kom ikke fram av svarene fra pasientene.

Tabell 14. Har OBS hjulpet pasienten med å skaffe bolig.

	Antall	Prosent
Fått bolig gjennom OBS	6	24.0
OBS prøver å skaffe bolig	4	16.0
Behov for bolig, ingen hjelp fra OBS	3	12.0
Ikke behov for hjelp fra OBS	12	48.0
I alt	25	100.0
Usikker	2	
Ikke svar	7	
Alle	34	

## 5.2 Tilfredshet med tjenester fra andre instanser

I planleggingen av spørreskjemaet kom det fram at pasientene ønsket å få spørsmål om vurdering av kontakt med andre hjelpeinstanser. I gjennomsnitt er nær en tredjedel av pasientene godt fornøyd med tjenestene. Best vurdering får fastlegene, hvor 63 prosent svarer at de er godt fornøyd med tjenesten. Sosialkontorets økonomihjelp får dårligst vurdering med 14 prosent som svarer at de godt fornøyd. Dette er kanskje ikke helt uventet når det gjelder økonomiske saker. Sosialkonsulent på sosialkontoret får en langt bedre vurdering, med 43 prosent godt fornøyde brukere. Rundt en tredjedel av pasientene er godt fornøyd med tjenester fra rehabiliteringstjenesten i kommunen, hjemmehjelpen, NAV, psykiatrisk sykehus og DPS. Under 30 prosent fornøyde pasienter finner vi for hjemmesykepleien, boligkontor, rustiltak og økonomisk sosialhjelp, se Tabell 15 nedenfor.

Tabell 15. Hva synes du om hjelpen fra andre instanser? Prosentandeler.

	Ikke fornøyd	Godt fornøyd	Tallet på kontakter* Totale tall
Sosialkontor i alt	67	14	21
Herav: Sosialkonsulent	24	43	
Rehabiliteringskontor	31	31	13
Boligkontor	41	25	12
Hjemmehjelp	33	33	3
Hjemmesykepleie	50	25	4
Fastlege	27	63	22
Psykiatrisk sykehus	67	33	12
DPS	50	33	6
NAV	38	31	16
Rustiltak	50	17	19
Av dette: LAR	14	0	7
Annet	50	50	2
Gjennomsnitt	42	30	3,4

N=34. \*) En pasient kan ha oppgitt flere kontakter.

## 6 Diskusjon og oppsummering

Denne rapporten er den andre av to evalueringer av OBS temaet. Første del tok opp organisering av temaet og syn på tjenesten sett fra samarbeidspartnere (Lie 2007).

I denne delen av evalueringen står pasientene i fokus. Vi har sett på pasientenes livssituasjon og nytten pasientene har, eller har hatt, av behandlingen i teamet. Det er gjennomført en brukerundersøkelse hvor pasientene har uttalt seg om kontakten med teamet sett fra et brukerperspektiv. Gjennom evalueringen ser vi på hvilken måte kommunehelsetjenesten kommer til uttrykk i OBS sin virksomhet og hvordan OBS fungerer som et lavterskeltilbud samtidig som det er organisert i spesialisthelsetjenesten.

Et annet tema er i hvilken grad OBS når den målgruppen som er definert i tjenestebeskrivelsen.

Evaluering er basert på intervjuer med behandlere og pasienter sommeren 2009, på observasjon i behandlingsmøter og på dokumenter.

### Målgruppe

Pasienten tilfredsstillter i stor grad inntakskriteriene til teamet. Pasienthistoriene viser at flertallet har kombinasjon av rus og psykiske lidelser. Sosial mestring kan variere, men mange fungerer dårlig på de fleste livsområder. Når en skal vurdere



behandlingsresultater, må vi finne en rimelig målestokk. De fleste har hatt flere kontakter med sosial- og helsetjenesten før kontakt med OBS, og lite synes å ha vært til langvarig hjelp. Et gjennomgående trekk er at pasientene har droppet ut av behandling eller har trukket seg fra kontakt, men fastlegen ser ut til å ha vært en relativt stabil kontakt.

På grunnlag av behandlerintervju, viser resultatene at kun én av pasientene vurderes til å ligge utenfor målgruppen. For å kunne vurdere om pasienten tilhører målgruppen eller ikke, trengs i noen tilfeller lengre tids observasjon og erfaring med pasienten. I noen tilfeller er man i tvil om pasienten tilhører målgruppa, og først etter lengre kontakt og oppfølging av pasienten kan man ta endelig stilling til om pasienten har behov for OBS eller kan klare seg uten OBS sine tjenester. Dette har skjedd i et par tilfeller, og teamet foretar da en styrt avvikling av kontakten. Andre pasienter som tas inn under tvil kan skyldes manglende utredning på forhånd eller manglende kjennskap til pasienten i forbindelse med henvisninger. I et par slike tilfeller har det vist seg at inntaket i teamet har vært helt forsvarlig, sett på bakgrunn av inntakskriteriene. Et eksempel er en pasient med en dominerende kulturell erfaring utenfor Europa, og som ikke oppnådde noen konstruktiv kontakt med behandler. Ved skifte av behandler som selv hadde erfaring fra pasientens kultur, ble forholdet er helt annet. Pasienten ble i stand til å motta hjelp, og kom inn i en konstruktiv utvikling.

Ved gjennomgang av registrerte pasienter, fant vi mange navn som ikke var pasienter i teamet. Dette var i stor grad pasienter som behandlere visste lite om eller som de ikke hadde kjennskap til. Andre eksempler på pasienter som tas ut av behandling, er personer som kan ha svært lange fengselsdommer, men likevel har et behandlingsbehov. Det er også eksempler på personer som kan vise seg å være for svakt fungerende for å gjøre seg nytte av OBS. Eksempler viser at enkeltpasienter kan ha behov for et høyere omsorgsnivå enn det OBS kan tilby.

Ved praksis for inntak av pasienter kan man tenke seg to typer ”feil”. Man kan praktisere inntak veldig strengt, og på den måten sikre at man ikke tar inn pasienter som ikke tilhører målgruppa. Ved en meget streng praksis risikerer man å avvise pasienter som egentlig er i målgruppa. Motsatt: hvis man fører en lite streng praksis, kan man risikere å ta inn for mange pasienter som ikke tilhører målgruppa. I tvilstilfeller vil det da kunne oppstå et dilemma ved praktisering av inntakskriteriene. Dette dilemma kan bli ytterligere forsterket ved at diagnoser kan være uklare eller mangelfulle når pasientene henvises til OBS. I flere tilfeller foreligger ingen utredning på forhånd, eller utredningene er utilstrekkelige. Det kan også ta lang tid å utrede pasienter som er tatt inn i teamet. Beslutningsgrunnlaget for inntak vil derfor i flere tilfeller være mangelfullt sett i forhold til de vedtatte retningslinjer for inntak. Etter vårt syn bør risikoen for å avvise ”korrekte” pasienter veie tyngre enn risikoen for å ta inn ”ukorrekte” pasienter. Fra rettsapparatet kjenner vi denne praksisen som at det bedre å la en skyldig gå fri, enn å dømme en uskyldig. Man bør, ut fra et resonnement som dette, akseptere feil inntak som kan oppstå med en for lite streng praksis. Erfaringene fra OBS-teamet, så langt vi har informasjon, tyder på at praksis for inntak av pasienter ikke er meget streng. Det er tatt inn pasienter man er i tvil om, for så å utrede pasientene nærmere. I teamet har man risikert å ta inn pasienter som ikke innfrir inntakskriteriene fullt ut. Dette er også konklusjoner som behandlere har gjort i ettertid. I slike tilfeller har man tatt sikte på å



avslutte kontakten med pasienten. Vi vurderer inntakspraksis i teamet som forsvarlig, og mener at det er bedre å ta inn noen på noe sviktende grunnlag enn å avvise pasienter som skulle vært tatt inn i teamet. Ved denne praksisen kan man risikere å ta inn pasienter som man, ut fra kontrollert forskning, ikke burde tatt inn. Denne type feil kan man imidlertid rette opp på ulike måter i løpet av kontakten med pasienten.

### **Hva oppnår OBS med pasientene**

Pasientene i OBS har langvarige og alvorlige psykiske lidelser, ofte kombinert med sterk rusmiddelavhengighet og omfattende rusmiddelmisbruk. De fleste pasientene har hatt til kontakt med helse- og sosialtjenester før de kom til OBS, og mange har vært innlagt på psykiatriske poster. Mange pasienter har lett for å droppe ut av kontakten med behandlingsapparatet. Forventninger til oppnådde behandlingsresultater må vurderes på denne bakgrunn.

Vi mener at realistiske behandlingsresultater vil bestå i stabilisering av symptomer og gradvise forbedringer. For noen pasienters vedkommende må en se på kontakten med OBS som det å forebygge dødelighet eller forhindre stadig forverring av pasientens livssituasjon. For mange pasienter vil bare det å kunne opprettholde kontakt over lang tid med et behandlingstilbud kunne bety fremskritt, sammenlignet med tidligere kontakt med helse- og sosialtjenestene. Et vesentlig resultat av kontakten med OBS er å kunne motivere pasientene for andre behandlingstiltak, redusere symptomer på psykiske plager og lidelser og redusere rusbruk.

En oppsummering av behandlerintervjuer med et tilfeldig utvalg pasienter (N=25) viser at 75 prosent av pasientene oppnår bedring av symptomer på psykiske lidelser og atferdsproblemer. Av utvalget rapporterte 10 pasienter reduksjon i rusbruk, og nær like mange viste mindre symptomer på psykiske lidelser. Den samme pasientgruppen ble også mer motivert for behandling, ble mer tilgjengelig for behandling eller ble klar for behandlingstiltak utenom OBS.

Fire pasienter klarer seg bra uten OBS og skal avslutte kontakten med teamet. To pasienter har helt eller delvis kommet i yrkesaktivt arbeid.

Samlet sett har behandlingen i OBS gitt positive resultater. I den relativt store gruppen som har bedret behandlingsmotivasjon og fått redusert symptomer, kan det likevel være et godt stykke fram før OBS mener det er tid for å avslutte behandlingen. Resultatene må likevel sies å være gode sett på bakgrunn av pasientenes tidligere erfaringer.

Den oppsøkende ACT-metoden som OBS praktiserer, bidrar med stor sannsynlighet til opprettholde kontakt med pasientene over langt tid, og lenger enn noen andre tilbud. På dette punkt ser ACT-metoden ut til å være unik som behandlingsmetode. Ufordringen ligger snarere i å sette pasientene i stand til å motta og nyttiggjøre seg andre behandlingstilbud.

Intervjuene viser imidlertid at pasientene kan ha gode og dårlige perioder. Forbedring i en fase kan gå over i vanskeligere faser på et senere tidspunkt, en tendens som også er dokumentert i en artikkel av Lohne og Buseth fra Tøyen Distriktpsikiatriske senter (Lohne og Buseth 2006). Utvikling over et lengre tidsrom for OBS-pasientene viser likevel en tendens til at kriser og tilbakefall opptrer sjeldnere og at pasientens situasjon

stabiliseres på et bedre nivå enn da vedkommende fikk kontakt med OBS. I noen tilfeller har behandlere satt i verk tiltak som pasienten ikke lykkes med, og behandlere reflekterer over om de har hatt for store forventninger til hva pasientene kan mestre. I pasientpopulasjonen er det eksempler på tilbakefall i behandlingen.

Snaut en fjerdedel av pasientene synes ikke å ha endret sin situasjon i merkbar grad i løpet av den tiden de har hatt kontakt med OBS. Behandlere er usikre på muligheter for fremgang i behandlingen og hvilke muligheter denne gruppen pasienter har i andre deler av helse- og sosialtjenesten. Et par pasienter har hatt kontakt med OBS i forholdsvis kort tid og må utredes grundigere før man kan lage et behandlingsopplegg. OBS-teamet er i tvil om to-tre pasienter tilhører målgruppen.

Fire pasienter har klaret seg så bra at de kan avslutte kontakten med OBS.

Når behandlere er intervjuet om pasienten, kan det skje at behandlere oppgir bedre resultater enn de faktiske og på den måten påvirker resultatene i positiv retning, uten at de bevisst ønsker det. Vi kan ikke kontrollere for denne eventuelle effekten. Under intervjuene konfererte behandlere i mange tilfeller med pasientjournal, hvis de ønsket få bekreftet opplysninger. Dette kan sees på som en form for validering av intervjuene. Et annet forhold er at vi under intervjuene fikk inntrykk av at behandlere fokuserte mye på negative forhold og på manglende framgang blant pasientene. Først gjennom flere oppfølgingsspørsmål kom det fram positive forhold ved pasientens situasjon. Vårt inntrykk er derfor at behandlere ikke forsøkte å ”pynte” på resultatene, men at de heller hadde vanskelig for å se mindre, skrittvisse forbedringer hos pasienten. Teamet har vurdert å ta i bruk ulike kliniske måleinstrument i sitt arbeid med pasientene, men dette var ikke på plass, da evalueringen fant sted.

### **Brukerundersøkelsen**

Brukerundersøkelsen viser stor grad av tilfredshet med tjenestene fra OBS. Pasientene opplever i stor grad at de får tid nok til samtaler med behandler, at de blir forstått av behandler og at den hjelpen de får er tilpasset den enkelte.

Et betydelig flertall av pasientene har tillit til sin behandler, opplever at behandler bryr seg, blir møtt med respekt og blir tatt på alvor.

Brukerundersøkelsen viser også at OBS utfører en stor andel tjenester for å knytte pasientene til andre hjelpetiltak. Omfanget av denne type hjelp kommer bare delvis til uttrykk i brukerundersøkelsen. Bak en henvisning til for eksempel rustiltak, kan det ligge mange forsøk og mye arbeid fra behandler side for å få pasienten inn i annen behandling, noe som kommer tydelig fram i behandlerintervjuene.

De positive tilbakemeldingene fra pasientene må sees på bakgrunn av deres tidligere erfaringer. Etter pasientenes egne vurderinger har de vært lite tilfredse med de fleste tilbudene de har hatt, bortsett fra fastlegen. Tidligere erfaringer har trolig vært preget av liten eller ingen kontinuitet i behandlingen og liten grad av systematisk omsorgsorganisering over tid, korte institusjonsopphold osv. OBS gir et tilbud om langtids oppfølging, behandlere som står på for å holde kontakten, som følger pasienten i dagliglivet og som prøver å få i stand andre tilbud så som LAR og institusjonsopphold.



I dette ligger trolig en opplevelse av langvarig omsorg og interesse sett fra pasientens side, som de tidligere ikke har erfart.

### **Inntak til temaet**

- Alle pasienter har vært i kontakt med andre tilbud eller tjenester tidligere
- De fleste pasientene er henvist til teamet fra en annen instans.
- Fastlege, psykiatrisk klinikk, sosialtjenesten og PUT står bak de fleste henvisninger til OBS.
- Det er vanlig av pasientene komme til OBS når andre har ”gitt opp” å behandle pasienten eller opplever at de ikke kan imøtekomme pasientens behov.
- Nesten alle pasientene vurderes å tilhøre målgruppen for teamet, men det kreves i mange tilfeller en god del tid å kartlegge pasientens situasjon.

### **Oppfølging fra tidligere behandlingsinstanser**

- Det lite eller ingen system for oppfølging fra andre instanser
- Pasienter forsvinner i stor grad ut av andre tiltak eller annen behandling, de dropper ut eller møter ikke opp til avtaler.
- Ingen langsiktige tiltak synes å være tilpasset denne gruppen, utenom OBS.

### **Konklusjoner**

Rundt 75 prosent av pasientene har bedret sin livssituasjon i større eller mindre grad. En stor andel er blitt mer motivert for behandling, har mindre symptomer på psykiske lidelser og har redusert rusbruken. Et par pasienter er kommet helt eller delvis i arbeid og fire pasienter er avsluttet. En fjerdedel av pasientene har ikke endret sin situasjon i vesentlig grad.

Brukerundersøkelsen viser at pasientene er godt tilfredse med kontakten med OBS og at de i stor grad opplever å bli tatt alvorlig, vist respekt og lyttet til. Det står enda en del arbeid igjen for å lage individuelle planer for alle pasienter. Pasientene opplever likevel at behandlingen er tilpasset deres behov.

Nesten alle pasienter i det tilfeldige utvalget som er undersøkt er henvist fra en annen instans, og de fleste pasientene har hatt flere kontakter med helse- og sosialtjenesten tidligere. De fleste pasientene opplever at det er enkelt å komme i kontakt med OBS. Dette tyder på at teamet fungerer godt som et lavterskeltilbud, selv om teamet er organisert i spesialisthelsetjenesten.

Teamet samarbeider aktivt med kommunale helse- og sosialtjenester. Dette viser igjen både i brukerundersøkelsen og i behandlerintervjuene. Vi vil derfor konkludere med at kommunale tjenester kommer godt til uttrykk i OBS sin virksomhet. Kontakten er størst med fastleger, med miljøarbeidertjenesten og sosialtjenesten.

## **Behandlerkontakt**

OBS holder jevnlig kontakt over langt tid. Teamet bruker relativt store ressurser for å komme i posisjon til pasientene og derved gi grunnlag for å holde kontakt og å gi behandling og omsorgstilbud. OBS følger i stor grad pasienter i ”tykt og tynt” og yter i hjelp uten å stille betingelser. Behandlerne arbeider kontinuerlig for å finne alternative muligheter i hjelpeapparatet for omsorg eller behandling.

Praksis i OBS tilsvarende i stor grad praksis for ACT-team, f.eks. slik modellen opprinnelig ble formulert av Stein og Test.

Teamet ivaretar materielle ressurser, men her først og fremst gjennom samarbeid med boligjenesten og sosialtjenesten. Teamet følger pasientene i det daglige og bidrar til å trene pasientenes mestringsevne, stimulerer pasientene til å involveres i dagliglivets aktiviteter og deltar på arenaer pasienten måtte befinne seg på. Et moment i modellen til Stein & Test er å fri pasientene fra det de kaller avhengighet av patologiske relasjoner, for eksempel til familie eller sosialt nettverk. Observasjoner i behandlingsmøter og intervjuer med behandlere viser at dette er et tema som hele tiden er på dagsorden og som behandlere er oppmerksomme på. En rød tråd gjennom kontakten med pasienter er at behandlere viser stor pågåenhet og vilje til å møte pasienten, forstå pasientens behov og bidra til å bedre situasjonen for pasienten. Vi kan i høy grad si at temaet opptrer som et ”Assertiv treatment team”.

Bemanningen i de opprinnelige forsøkene med ACT var personell fra psykiatriske sykehus som ble spesielt trent for å arbeide utenfor institusjon. Dette gjaldt både psykiatere, psykologer, sosialarbeidere, sykepleiere og miljøarbeidere. Dette er kompetanse som er, og har vært, til stede i OBS-teamet i tillegg til primærlege. På grunn av utskifting av personell endres kompetansesammensetningen noe over tid. Utskifting av personell, og bakgrunnen for det, er et tema som burde vært gitt større oppmerksomhet i teamet. Det samme gjelder bakgrunn for sykefravær blant personalet.

I den senere tid er det utviklet omfattende veiledning og vurderingsskalaer for ACT-team, som for eksempel et evalueringsprogram fra U.S. Department for health and human services (2008). Det ligger utenfor oppgaven i dette prosjektet å evaluere OBS-teamet i forhold til foreslåtte vurderingsskalaer som ”ACT Fidelity Scale”. Slike skalaer kan være en nyttig referanse innad i temaet.



## Referanser

- Burns T (2004). *Community Mental Health Teams. A Guide to Current Practices*. ISBN 9780198529996. Oxford university press.
- Cleary M, Hunt G E, Matheson S L Siegfried N, Walter G (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Review* 2008. Issue 1. Art. No. CD001088, DOI: 10.1002/14651858.CD1088.pub2.
- Eikeland T B (2006). *Evaluering av ambulante grupper, Fase 3, 2005-2006. Samhandling og kompetanseoverføring i hjelpeapparatet*. Rapport IRIS 2006/090.
- Hogan M (2009). The New York State Office of Mental Health (OMH).
- Lehman A F, & Steinwachs, D M (1998). Survey Co-Investigators of the PORT Project: Translating research into practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), 1-10.
- Lie, T (2007). *Brukere innen psykisk helsearbeid med omfattende og langvarige tjenestebehov – en utredning*. Rapport IRIS – 2007/247.
- Lohne P og Buseth T (2006). Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet: Integriert behandling i oppsøkende poliklinisk team. *Tidsskrift for norsk psykologiforening* 2006, 43, 563 – 573.
- Malm U (Red.) (2004). *Case management. Evidensbasert integrert psykiatri*. Studentlitteratur.
- Marshall M & Lockwood A (1998). Assertive treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998. Issue 2. Art. No. CD00 1089. DOI: 10.1002/14651858. CD0001089.
- National Alliance for the Mentally Ill. *The PACT advocacy guide*. Arlington, VA: undated.
- Phillips S D, Burns, B J, Edgar, E R, Mueser, K T, Linkins K W, Rosenheck R A et al. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52 (6), 771-779.
- Sederer L I & Dickey B (Eds.)(1996). *Outcome Assessment in Clinical Practice*. Williams & Wilkins.
- Schneider J (2006). Assertive outreach: policy and reality. *Psychiatric Bulletin* (2006) 30: 89-94.
- Stein L I & Test M A (Eds) (1978). *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. Plenum Press.



- Test M A & Stein L I (1976). Training in Community Living: A Follow-up Look at a Gold-Award Program. *Hospital & Community Psychiatry* Volume 27 Number 3 March 1976 pp 193 – 194.
- U.S. Department of Health and Human Services (2001). Mental health: Culture, race and ethnicity- A supplement to mental health: A report of the surgeon general.
- U.S. Department of Health and Human Services (2008). *Evaluating Your Program. Assertive Community Treatment. Evidence-Based Practices Kit.*
- Waller B N (2001). Patient autonomy naturalized. *Perspectives in Biology and Medicine*, 44(4), 584-593.
- Øverås S og Fyhn A B (2006). *Fra døråpner til alibi? Evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk ved Tøyen DPS (ROP-Tøyen).* Fafo-rapport 521.

## Vedlegg 1 Spørreskjema

### Spørreskjema om erfaringer med OBS teamet

Ferdig utfylt skjema gir du til din behandler i vedlagte konvolutt. Behandler må kanskje hjelpe deg med å besvare skjemaet.

#### Hvilken kontakt har du med OBS teamet nå?

<input type="checkbox"/> Jevnlig kontakt	<input type="checkbox"/> Kontakt av og til	<input type="checkbox"/> Lite kontakt	<input type="checkbox"/> Kontakten er avsluttet	<input type="checkbox"/> Vet ikke
--	--	---------------------------------------	---	-----------------------------------

#### Hvor lenge har du hatt kontakt med OBS teamet?

<input type="checkbox"/> Under 1 år	<input type="checkbox"/> Mellom 1 og 2 år	<input type="checkbox"/> Mellom 2 og 3 år	<input type="checkbox"/> over tre år	<input type="checkbox"/> Husker ikke
-------------------------------------	---	---	--------------------------------------	--------------------------------------

#### Spørsmål om kontakten med OBS teamet. (Sett kun ett kryss per linje)

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
Får du nok tid til samtaler og kontakt med din behandler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du at behandleren forstår deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du at den hjelpen du får er tilpasset deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært med å lage en individuell plan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Hvilken hjelp har du fått fra OBS teamet?

<input type="checkbox"/> Praktisk hjelp til dagligdage gjøremål*	<input type="checkbox"/> Henvvisning til behandling i rustiltak
<input type="checkbox"/> Hjelp med å kontrollere rusbruk	<input type="checkbox"/> Kontakt med "Rehab"/ miljøarbeidertjenesten i kommunen
<input type="checkbox"/> Kontakt med NAV	<input type="checkbox"/> Henvvisning til somatisk sykehus
<input type="checkbox"/> Kontakt med sosialkontor	<input type="checkbox"/> Henvvisning til psykiatrisk behandling
<input type="checkbox"/> Kontakt med Kriminalomsorg i frihet	<input type="checkbox"/> Samtaler
<input type="checkbox"/> Andre ting:	

\*innkjøp, holde avtaler, transport, komme på jobb osv.

#### Har kontakten med OBS hatt noe å bety for deg? (kan sette flere kryss)

<input type="checkbox"/> Liten betydning for meg	<input type="checkbox"/> Hjelp til å komme videre med meg selv	<input type="checkbox"/> Fått mer orden på livet mitt	<input type="checkbox"/> Det er en hjelp å ha noen å snakke med
--	--	---	---

#### Andre ting du vil si om hjelpen fra OBS:

Er det noen forhold du ønsker mer hjelp til? ~~Skriv her:~~

**Hvordan synes du OBS teamet har samarbeidet med offentlige kontor/etater for å hjelpe deg med praktiske ting (økonomiske problemer, bolig, praktiske ting osv.)?**

<input type="checkbox"/> Svært dårlig	<input type="checkbox"/> Ganske dårlig	<input type="checkbox"/> Både og	<input type="checkbox"/> Ganske bra	<input type="checkbox"/> Svært bra	<input type="checkbox"/> Vet ikke
---------------------------------------	--	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

**Hvilke helseplager har du**

Psykiske plager  Fysiske/somatiske plager  Rus  Andre helseplager\_\_\_\_\_

**Har det skjedd noe med rusbruken etter at du kom i kontakt med OBS?**

<input type="checkbox"/> Ruser meg mindre enn før	<input type="checkbox"/> Ruser meg omtrent som før	<input type="checkbox"/> Ruser med mer enn før	<input type="checkbox"/> Er for tiden rusfri	<input type="checkbox"/> Er usikker	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt for meg
---	--	--	--	-------------------------------------	---

**Hva synes du om hjelpen fra andre?**

	Ikke fornøyd	Verken eller	Godt fornøyd	Ikke aktuelt
Sosialkontor, Økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialkonsulent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringskontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boligkontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psyk sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rustiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, skriv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Klarer du å følge opp avtaler du har med behandler til for eksempel tannlege, fastlege, ansvarsgruppe, postkontor osv.?**

<input type="checkbox"/> I liten grad	<input type="checkbox"/> I noen grad	<input type="checkbox"/> i stor grad
---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

**Svar på spørsmålene nedenfor ved å sette ett kryss på hver linje**

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Har du tillit til behandleren din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du at behandler i OBS bryr seg om deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du fortalt behandleren det som er viktig for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bli du møtt med respekt av folk fra OBS teamet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bli du tatt på alvor av OBS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du vite hva OBS kan hjelpe deg med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Hvordan samarbeider du med din behandler?**

<input type="checkbox"/> Svært dårlig	<input type="checkbox"/> Dårlig	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Svært bra
---------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	------------------------------------

**Alt i alt, hva synes du om hjelpen fra OBS teamet?**

<input type="checkbox"/> Er svært misfornøyd	<input type="checkbox"/> Er litt misfornøyd	<input type="checkbox"/> Ganske fornøyd	<input type="checkbox"/> Svært fornøyd	<input type="checkbox"/> Usikker
--	---	---	--	----------------------------------

**Arbeid/trygd. Kryss av for det som passer**

<input type="checkbox"/> I lønnet arbeid	<input type="checkbox"/> Syke-meldt	<input type="checkbox"/> Uføre-trygdet	<input type="checkbox"/> På attføring/rehabiliterings-penger	<input type="checkbox"/> Meldt arbeids-søkende (NAV)	<input type="checkbox"/> Sosial-hjelp
--	-------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------

**Hvordan har dine boligforhold vært de siste fire ukene? (kan sette flere kryss)**

- Egen bolig (privat)
- Leier hos andre (privat)
- Hospits
- Kortvarig overnattingstilbud /Ladegård og lignende
- Institusjon/fengsel/sykehus
- Bor hos foreldre
- Bor hos venner eller kjente
- Har ingen bolig

**Har OBS teamet hjulpet til med å skaffe deg bolig?**

<input type="checkbox"/> Ja, jeg har fått bolig gjennom OBS	<input type="checkbox"/> OBS prøver å skaffe meg bolig	<input type="checkbox"/> Har behov for bolig, men får ingen hjelp av OBS	<input type="checkbox"/> Har ikke behov for hjelp fra OBS	<input type="checkbox"/> Usikker
---	--	--	---	----------------------------------

**Er du mann eller kvinne**  Mann  Kvinne

**Hva er din alder** (Antall år) \_\_\_\_\_

**Er du gift eller samboende**

Nei  Ja, gift  Ja, samboende

**Hvordan har det vært å komme i kontakt med OBS teamet?**

<input type="checkbox"/> Svært vanskelig	<input type="checkbox"/> Ganske vanskelig	<input type="checkbox"/> Verken eller	<input type="checkbox"/> Ganske lett	<input type="checkbox"/> Svært lett	<input type="checkbox"/> Usikker
--	---	---------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

**Takk for hjelpen!**

**IRIS 12.06.2009**

## Informasjonsskriv

### Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger. Prosjekt om pasientforløp og pasienterfaringer

#### Informasjon til pasienten

På oppdrag fra Universitetssykehuset i Stavanger skal IRIS (International Research Institute of Stavanger) undersøke pasientenes erfaringer med kontakten med OBS teamet. Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvilken nytte du selv opplever av kontakten med OBS og om dette har hatt betydning for din situasjon. Vi ønsker også å høre din mening om egen medvirkning i behandlingen og hvor tilfreds du er med tilbudet fra OBS. Prosjektet omfatter bare pasienter som har et behandlingstilbud fra OBS. Prosjektet vil ikke ha direkte virkninger for deg på kort sikt, men kan bidra til at OBS kan forbedre sine tjenester over tid. Prosjektet vil ikke endre på det tilbudet du får fra OBS til vanlig og du er ikke forsøksperson for annen type behandling.

Som en del av prosjektet ønsker en forsker fra IRIS å komme i kontakt med deg for intervju. Kontakten med deg vil skje sammen med din behandler om du ønsker det. Vi ønsker også å følge med deg og din behandler i vanlige aktiviteter i en periode. Intervjuet kan foregå over en lengre periode. Vi ønsker også å intervju din behandler om deg selv, om du gir tillatelse til det.

Vi ønsker å stille deg spørsmål om:

- Hvordan du har det til daglig med bolig, fritidsaktiviteter og praktiske ting
- Din økonomi
- Hva du synes om din egen helse
- Venner og familie og hvilken kontakt du har med dem
- Bruk av rusmidler
- Erfaringer du har hatt i kontakt med helsetjenesten (sykehus) og sosiale tjenester fra kommunen
- Om forhold ved din livshistorie som har betydning for din situasjon i dag
- Vi vil også spørre om hvordan du blir enig med din behandler om hva dere skal gjøre, og om du blir hørt på
- Vi spør også om du har ansvarsgruppe, hva du synes om det og om du har fått eller diskutert individuell plan med OBS eller andre

Din behandler ved OBS vil spørre deg om du vil gå med på et intervju og kontakt. Hvis du samtykker til dette, vil du bli oppsøkt av forsker Terje Lie fra IRIS. En samtykkeerklæring følger med dette informasjonsskrivet.

Det vil bli laget en rapport fra undersøkelsen som vil bli offentlig tilgjengelig. Opplysninger fra deg vil bli behandlet konfidensielt og slik at ingen informasjon kan tilbakeføres til deg eller på noen måte identifisere deg. Forskere på IRIS har taushetsplikt. Opplysninger fra deg skal bidra til å belyse hva din kontakt med OBS betyr for deg. Prosjektet skal gå rundt ett år. Alle intervjudata oppbevares på PC og vil bli makulert ved prosjektslutt. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Det er en frivillig sak å delta i prosjektet og du kan trekke deg fra prosjektet nå du måtte ønske. Om du trekker deg, vil det ikke få noen betydning for forholdet til din terapeut eller til det behandlingstilbudet du mottar. Hvis du er villig til å delta, ber vi deg underskrive den vedlagte samtykkeerklæringen.

Med vennlig hilsen Terje Lie, forsker IRIS. Tlf. 51 87 51 26

## **Spørreskjema om pasienttilfredshet OBS**

Orienteringsbrev til pasienten

17.08.2009

### **Brukererfaringer med tilbud fra OBS teamet.**

På oppdrag fra Universitetssykehuset i Stavanger skal IRIS (International Research Institute of Stavanger) undersøke brukernes erfaringer med kontakten med OBS teamet.

Du får her et spørreskjema som vi ber deg svare på.

Det vil bli laget en rapport fra undersøkelsen som vil bli offentlig tilgjengelig. Opplysninger fra deg skal bidra til å forbedre tjenestene fra OBS. Opplysninger fra deg vil bli behandlet konfidensielt og slik at ingen informasjon kan tilbakeføres til deg eller på noen måte identifisere deg. En navneliste kobler skjemaet til deg. Denne listen vil bli slettet etter to år. Du kan når som helst trekke ditt svar tilbake. Alle opplysninger fra spørreskjemaet oppbevares anonymt på PC. Forsker har taushetsplikt. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og er godkjent av De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Det du svarer på skjemaet vil ikke ha noen betydning for kontakten med OBS eller de tjenestene du får.

Ferdig besvart skjema legges i vedlagte frankerte konvolutt og sendes til IRIS.

Det er en frivillig sak å delta i undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

For International Research Institute of Stavanger, IRIS

Terje Lie

Tlf. 51875126,