

RAPPORT:

Brukerstyrte senger i TSB

*Evaluering av tilbudet med brukerstyrte
innleggelser ved Blå Kors Haugaland A-senter*

*Geir Henrik Iversen
John Eric Llera*

Forord

Rapporten beskriver erfaringene med brukerstyrte innleggelser ved Blå Kors Haugaland A-senter(BKHAS) over en periode på 5 ½ år. Dette tilbudet har blitt en sentral del av en langsiktig sekvensiell modell for livsstilsendring der forløpene innholdsmessig tilpasses den fasen i recoveryprosessen den enkelte befinner seg i. Brukerstyrte innleggelser er etter vårt syn ett av de aller beste verktøyene for å omsette et ideelt ønske om brukermedvirkning til reell brukerstyring mens en ennå er i den spesialiserte delen av forløpet.

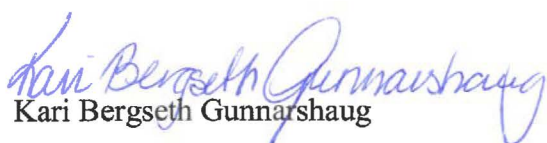
Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest RHF og inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det hadde ikke vært mulig å realisere tilbudet med brukerstyrte innleggelser i den form det har fått uten en framtidsrettet oppdragsgiver med stor vilje til fleksibilitet på rapporteringskrav tilpasset tilbudets art.

Systematisk evaluering av egen praksis er en viktig del av kvalitetssikring og videreutvikling av behandlingstilbudet. Klinikksjef/psykologspesialist Geir Henrik Iversen og psykolog John Eric Llera har hatt hovedansvaret for både evalueringsarbeidet og rapporten.

Psykologspesialist/Phd Kirsten Johanne Braatveit har bidratt med gode råd til utforming og redigering. Rapporten i sin opprinnelige form er allerede godkjent av Norsk Psykologforening som spesialistoppgave.

Rapporten er også del av en avtalt tilbakemeldingssløyfe til Helse Vest RHF som ga grønt lys for oppstart av tilbudet i 2012.

Haugesund i august 2019


Kari Bergseth Gunnarshaug

Direktør

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1. Helsepolitisk, organisatorisk og faglig bakgrunn	7
1.1 Innledning	7
1.2 Det helsepolitiske og faglige bakteppet for pilotprosjektet	7
1.3 Forebygging av tilbakefall og dropout	8
1.4 Erfaringer fra brukerstyrte senger i psykisk helsevern (PHV)	9
2. Blå Kors Haugaland A-senter (BKHAS): Utprøving av tilbud med brukerstyrt seng(BS) - Skisse til pilotprosjekt.....	10
2.1 Pilotprosjektet: Oppsett og dimensjonering:	11
2.2 Problemstillinger i planleggingsfasen av pilotprosjektet:.....	12
2.3 Prosjektgruppe og innledende fase:	13
2.4 Innhold i kontrakten mellom pasienten og institusjonen	13
2.5 Spesialistvurderinger og epikrise	14
2.6 Inklusjonskriterier	15
2.7 Oppsummering og evaluering av pilotprosjektet	15
3. Overgang fra pilotprosjekt til ordinært tilbudsmønster:	
Data fra pilotprosjekt og driftsfase 2013 – 2018	16
3.1 Metoder for evaluering.....	16
3.2 Aktiv bruk av brukerstyrte innleggelser: Omfang og pasientutvalg	16
3.3 Diagnoser	17
3.4 Kapasitet:	17
3.5 Bruksmønster:.....	18
3.6 Aldersfordeling:	18
3.7 Fordeling etter hjemstedskommune	19
4. Spørreskjemaundersøkelsen 2016.....	20
4.1 Oppsett av spørreskjema	21
4.1.1 Mangel på validitet:.....	21
4.2 Målemetode	22

4.3 Resultatene fra brukerundersøkelsen - trender og indikasjoner	22
4.3.1 Opplevd nytte:	23
4.3.2 «Empowerment-knippet»:	23
4.3.3 Relasjon og samarbeidsallianse:	25
5. Diskusjon	27
5.1 Implementering og erfaringer fra driften av tilbudet:	27
5.1.1 Omforent forståelse av hensikt, innhold og etterlevelse av kontrakten:	27
5.1.2 Utvelgelse: Diagnose, alder og geografi	28
5.1.3 Høyandelsgruppen	28
5.1.4 Bruk av ressurser:	29
5.2 Økt nytteverdi ved aktiv bruk	29
5.3. Relasjon og samarbeidsallianse:	30
5.4 «Empowerment-knippet» og opplevd nytte:	31
5.5 Avsluttende kommentarer:	31
Referanser:	32
Vedlegg 1: Kontrakt og utdyping av vilkårene	35

Sammendrag

Det ble i 2013 startet et pilotprosjekt med to brukerstyrte senger (BS) ved Blå Kors Haugaland A-senter (BKHAS). Siktemålene var flere. En ønsket bla. å finne ut om tilbudsformatet passer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB); og om det i så fall kan tilføre kvaliteter til den langsiktige, fasetilpassete og sekvensielle behandlingsmodellen en hadde etablert ved BKHAS. En hadde her et særlig fokus på hvilken forebyggende effekt brukerstyrte innleggelser eventuelt kan ha på tilbakefall og behandlingsavbrudd. I et recoveryperspektiv ønsket en også å finne ut om kontrakt på brukerstyrt seng bidrar til større trygghet i hverdagen, økt mestringstillit og opplevd kontroll over egen behandling. Brukernes egne vurderinger av tilbudet står derfor sentralt i evalueringen. Fra 2016 ble brukerstyrte senger en del av det ordinære basistilbudet ved institusjonen.

Tilbudet om brukerstyrt seng er kontraktfestet for et halvt år om gangen. Kontrakten er uoppsigelig fra institusjonens side i kontraktsperioden. Den innebærer at pasienten - uten overprøving - selv vurderer behov og bestemmer tidspunkt for innleggelse og utskrivning. Lengden på hver brukerstyrt innleggelse er maksimum 5 døgn. Mellom hver innleggelse er det satt en karenstid på minimum 14 dager.

Rapporten dekker erfaringene fra oppstart i 2012 til utgangen av oktober 2018; - i alt 5 ½ år. En har tatt utgangspunkt både i driftsdata og svarene på en spørreskjemaundersøkelse i 2015 der både pasienter og hovedbehandlere deltok. I mangel på publiserte erfaringer med brukerstyrte innleggelser i TSB, er det meste av referanselitteraturen hentet fra studier av likende tilbud i psykisk helsevern.

I den perioden rapporten dekker, har 224 personer tegnet kontrakt om brukerstyrt seng. Av disse har 45.5 % brukt tilbudet aktivt en eller flere ganger gjennom totalt 439 innleggelser fordelt på ca. 2200 oppholdsdøgn. Brukerstyrte innleggelser har økt sin relative andel av alle innleggelse ved BKHAS fra 21 til 42 % i samme periode. I gruppen som har benyttet tilbudet aktivt, har 71 % hatt 1-4 innleggelser, 21 % har hatt 5-10 innleggelser og 8 % mer enn 10 brukerstyrte innleggelser. I høyandelsgruppen med mer enn 10 innleggelser har alle pasientene langvarig og konsolidert avhold fra rusmidler. Denne gruppen har vist seg å ha en svært viktig funksjon som formidlere av håp og motivasjon til medpasienter som har kommet noe kortere i recoveryprosessen. I hele utvalget sett under ett, finner en derimot ikke en uttalt akkumuleringstendens. Halvparten av alle kontrakter er avsluttet etter kun en avtaleperiode.

For å få bredest mulig erfaringsgrunnlag, startet en med relativt vide inklusjonskriterier. Erfaring viser at utvelgelse til tilbudet med brukerstyrte senger ikke har vært basert på hverken registrert hovedrusmidler eller bidiagnoser. Fordelingen tilsvarer totalfordelingen i hele pasientutvalget under ett. Geografisk avstand til institusjonen slår heller ikke merkbart ut på hvem som tegner kontrakt. En ser derimot at den aktive bruken av tilbudet avtar noe med større reiseavstand. Høyere gjennomsnittsalder hos menn med avtale gir en viss støtte til antakelsen om at stadium i recoveryprosessen spiller en rolle som utvalgs-kriterium.

Svarene på spørreskjemaundersøkelsen viser gjennomgående stor grad av opplevd nytteverdi hos alle pasienter som har tegnet kontrakt. Nytteverdien oppleves som størst i gruppen som aktivt har benyttet seg av muligheten for brukerstyrte innleggelser. Den samme tendensen går igjen på flere av de andre spørsmålene: Aktiv bruk øker opplevd positiv effekt.

I svarprofilene finner en imidlertid også en viss støtte for hypotesen om at selve bevisstheten om å ha et reelt egenstyrt handlingsalternativ øker mestringstillit og tåleevne i trengte situasjoner; - selv om en ikke aktivt benytter muligheten til innleggelse.

Ser en svarene fra både de som har brukt og ikke brukt den brukerstyrte sengen under ett, er det en gjennomgående støtte for antakelsen om at tilbudet med brukerstyrte innleggelser styrker opplevelsen av en bedret hverdag, gir større trygghet og økt opplevelse av kontroll over egen behandling. I svarprofilene ligger det også at tilbudet kan bidra til styrking av behandlingsrelasjon og samarbeidsallianse; og dermed også gi antatt styrkning av empowerment og bedret prognose. Forskjellen mellom aktiv bruk og ikke bruk er imidlertid gjennomgående så pass tydelig at det bør overveies om en del pasienter bør få aktiv støtte til å komme over terskelen på å bruke tilbudet for første gang.

Innføring av tilbudet med brukerstyrte innleggelser framstår som et prosjekt brukere og ansatte ved BKHAS er sammen om. En gjennomsnittsskåre på 9.19 av 10 mulige på å oppleve seg velkommen ved egenstyrt innleggelse, tyder på en gjensidig forsterkende positiv samhandling. Det er på den annen side grunn til å undersøke nærmere hvorfor hovedbehandlerne konsekvent har lavere gjennomsnittsskåre på alle utsagn enn de korresponderende pasientene de har ansvar for. Dette kan vise til viktigheten av at hvert individuelle tilbud bør utvikles i åpen dialog med gjensidig avstemming av forventninger og ambisjonsnivå mellom pasient og behandler.

Vi argumenterer i rapporten for at brukerstyrte senger er blitt et viktig organiserende prinsipp ved BKHAS for oppbygging av tilbudsmønsteret til den enkelte. Videre, at brukerstyrte innleggelser er et godt egnet virkemiddel for å innfri målsettingen om å omforme formell brukermedvirkning til reell brukerstyring. Etablering av brukerstyrt seng/brukerstyrte innleggelser er like mye et grep for å styrke empowerment og recovery på systemnivå som det er en spesifikk metodisk intervensjon til nytte for den enkelte. Rapporten løfter fram begge analysenivåer som viktige for å forså den katalysatoreffekten tilbudet kan ha på andre endringsfremmende faktorer og prosesser i et samlet og langsiktig endringsforløp.

Både den relativt problemfrie praktiske implementeringen og den opplevde positive effekten hos den enkelte bruker, viser at tilbudet med brukerstyrte senger passer svært godt for pasienter i TSB. Vi viser at nytteverdien øker dersom tilbudet blir gitt i rett fase av et langsiktig sekvensielt behandlingsforløp og at tilbudet brukes aktivt når kontrakten er inngått.

1. Helsepolitisk, organisatorisk og faglig bakgrunn

1.1 Innledning

Blå Kors Haugaland A-senter (BKHAS) er del av TSB og har fullfinansiert rammeavtale med Helse Vest RHF. I 2012 fikk en klarsignal fra oppdragsgiver på et pilotprosjekt for utprøving av brukerstyrte innleggelser. Det innebar omgjøring av 2 av 33 døgnplasser til brukerstyrte senger (BS) i en periode fra 01.01.13 til 30.09.14. Som del av dette unntok Helse Vest RHF de to døgnplassene fra det ordinære minimumskravet til belegg på 90 %. Det ble også gitt åpning for en fortsettelse av tilbudet som del av basisdriften dersom prosjektet viste seg vellykket. Pilotprosjektet ble formelt rullet ut fra årsskiftet 2012/2013, og de første pasientene benyttet seg av tilbudet om brukerstyrt innleggelse i april samme år.

Vi skal gjengi noe av bakgrunnen for prosjektet, presentere erfaringer fra tilsvarende tilbud i psykisk helsevern (PHV) og beskrive selve prosjektgjennomføringen ved BKHAS.

Brukerstyrte innleggelser ble etter prosjektperioden en integrert del av tilbudsmønsteret ved institusjonen. Vi vil derfor presentere data fra hele driftsperioden fram til oktober 2018, samt gjennomgå noen av resultatene fra en spørreskjemaundersøkelse i 2015 om brukernes vurderinger av tilbudet.

1.2 Det helsepolitiske og faglige bakteppet for pilotprosjektet

Helsepolitiske og faglige føringer har over flere år lagt stadig større vekt på at aktiv og reell brukermedvirkning skal legges til grunn for organisering og tilbudsutforming både på system og individnivå. Dette har gått parallelt med økt erkjennelse av at funksjonsforbedring må ses i sammenheng med aktiv medvirkning fra pasienten/brukerens side. Mye av det idemessige tilfanget er her hentet fra kliniske tilnærminger som vektlegger åpne dialoger og bruk av nettverk (Seikkula et al., 2006), samt modeller som bygger på ulike aspekter ved empowerment-forståelse (Nutbeam & Kickbusch, 1998; Adams, 2008) *- og recovery orientering (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013)**.

Grad av brukertilfredshet, opplevd påvirkning på eget mestringsnivå og endringer i hjelpsøkeratferd ble ved oppstart av pilotprosjektet plukket ut som særlige fokusområder i evalueringsfasen. Mange ser dette nært knyttet til «empowerment»; - som det til like med «recovery» ikke finnes gode norske ord for. Vi har valgt å beholde begrepet med et betydningsinnholdet tilsvarende definisjonen en finner i veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2013):

«Empowerment er en prosess som gjør mennesket i stand til å forbedre egen helse. Prosessen tar utgangspunkt i menneskets egne ressurser og evne til å kontrollere eget liv, gitt at de gis makt eller autoritet, gjøres i stand til og tillates å delta i sentrale vurderinger og valg. Brukermedvirkning er ett viktig delttagelselement i behandlings- og tjenestetilbudet ...» (s. 30)

* Empowerment på individnivå: - Individets mulighet til å treffe beslutninger og ha kontroll over eget liv. Mobilisere den enkeltes egne krefter og nøytralisere de krefter som frembringer avmakt.

**Recovery: Helhetlig bedring av livskvaliteten.

En finner igjen dette i flere av anbefalingene i «Faglig nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» (Helsedirektoratet, 2012):

Anbefaling 1: Behandlingen bør innrettes slik at brukeren blir i stand til å ta sine egne valg

Anbefaling 2: Behandlingen bør innrettes slik at brukeren får informasjon om selvhjelp, selvhjelpsforståelse og eventuelt også brukerstyrte tiltak i sitt nærområde.

Anbefaling 37 Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres

Tilbudet om brukerstyrt seng gir pasienter mulighet for selv å vurdere eget behov for innleggelse og avtale et døgnopphold direkte med institusjonen uten noen form for overprøving. Målsettingen med pilotprosjektet var å utvikle et tilbudsformat som kunne omsette formell brukermedvirkning til reell brukerstyring. Institusjonen har over mange år høstet erfaring med en modell for organisering som vektlegger langsiktige, sekvensielle og individuelt tilrettelagte behandlingsforløp. I en slik modell er det behov for å tilpasse tilbudsformat og progresjon til den fasen av recovery pasienten befinner seg i. En ønsket her å se hvordan brukerstyrte innleggelser ville fungere i en slik sammenheng.

1.3 Forebygging av tilbakefall og dropout

Det er nå bred enighet om at rusmiddelavhengighet har mange likhetstrekk med andre vedvarende livsstilsrelaterte sykdomsbilder der forløpet er preget av perioder med funksjonsbedring avbrutt at kortere eller lengre tilbakefall. Forebyggende tiltak mot dropout og tilbakefall bør derfor alltid være en integrert del av langsiktige sekvensielle behandlingsforløp. ROP-retningslinjen tar spesifikt opp dette temaet (Helsedirektoratet 2012):

Kortvarige tilbakefall er vanlig i aktiv behandling og er ikke til hinder for målsetting om full rehabilitering. Tilbakefall kan være en mulighet til å lære hvordan behandlingsforløpet kan forbedres. I forebygging av tilbakefall bør man så langt som mulig prøve og unngå brudd i etablerte behandlingsrelasjoner. (Anbefaling 54)

Viktigheten av å hindre mer omfattende tilbakefall er også løftet fram i prioriteringsveileder for TSB (Helsedirektoratet, 2015): Den veiledende fristen på 14 dager ved risiko for reaktivering av tidligere alvorlig avhengighetstilstand gjenspeiler behovet for hurtig intervensjon som del av en effektiv tilbakefallsprofylakse. Vi argumenterte i prosjektbeskrivelsen med at brukerstyrte innleggelser kan være et viktig virkemiddel for å oppnå dette. Tilsvarende framheves også i den senere nasjonale faglige retningslinjen for TSB (Helsedirektoratet, 2016) og er tatt med i begrunnelsen for et eget pakkeforløp (Helsedirektoratet, 2018). Begge steder påpekes det at brukerstyrte innleggelser kan ha en forebyggende effekt i forhold til tilbakefall og avbrudd i behandlingen.

1.4 Erfaringer fra brukerstyrte senger i psykisk helsevern (PHV)

Med økt fokus på pasientrettigheter og aktiv brukermedvirkning var det ikke overraskende at de første forsøkene med brukerstyrte innleggelser skjedde i spenningsfeltet mellom tvang og frivillighet innen PHV. I Bernt-rapporten (Helsedirektoratet, 2009) omtales Earth-house og Soteria House som eksempler på tilbud der personer med alvorlige psykiske lidelser får selvbestemt tilgang til døgnbaserte lavterskeltilbud for å hindre at sykdommen utvikler seg til det verre. I Norge ble de første dokumenterte erfaringene med brukerstyrte plasser for pasienter med alvorlige psykiske lidelser gjort ved Jæren DPS (Heskestad & Tytlandsvik, 2008). Senere ble det publisert rapporter om tilsvarende tilbud ved Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn (Sollied & Helland, 2010) og Grorud DPS (Støvind, Hanneborg & Ruud, 2012).

Det ble også igangsatt et prosjekt med brukerstyrte innleggelser ved Nidaros DPS. Den første rapporten fra dette prosjektet kom rundt oppstart av pilotprosjektet ved BKHAS (Rise et al., 2014). I påfølgende år er det kommet en rekke artikler med utgangspunkt i erfaringene fra Trondheim; - bla. en større studie med RCT-design (Moljord et al., 2017). Rundt oppstart av prosjektet ved BKHAS forelå det derimot ingen rapporter om tilsvarende forsøk med brukerstyrte senger innen TSB (Torjussen, Harwiss & Havnes, 2014). Dette var fremdeles dekkende for situasjonen fire år senere.

Resultatene fra de første prosjektene med brukerstyrte innleggelser i PHV viste en reduksjon i bruk av tvang og antall oppholdsdøgn både ved Jæren DPS og Grorud DPS (Heskestad & Tytlandsvik, 2008; Støvind et.al., 2012). Det var også nedgang i oppholdsdøgn ved psykiatrisk senter i Tromsø (Sollied & Helland, 2010).

Kvalitative mål viser gjennomgående at pasienter/brukere opplever økt grad av autonomi, bedret mestring av kriser, økt brukertilfredshet og ønske om forlengelse av tilbudet. Noen av hovedtrekkene for organiseringen og oppsett, kan sammenfattes på følgende måte:

Prosjekt	Bruker-styrte senger	Antall pasienter	Målgruppe/diagnoser	Periode for inntak	Maks. liggetid	Karenstid
Jæren DPS	2 av 11 senger		Schizofreni	0700-2100 alle dager	5 døgn	14 dager
Tromsø DPS	2 av 14 senger	15	Ikke oppgitt	Alle dager før 2000	5 døgn	3 uker
Grorud DPS	2 av 16 senger	24	Schizofreni, affektive lidelser, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser hvorav 7 med registrert rusmiddelproblematikk	Alle dager 0900-2000	5 døgn	2 uker
Nidaros DPS	2 av 17	53	Alvorlig psykoselidelser	0800-2000 hverdager Før 1530 på fredager	5 døgn	14 dager

På bakgrunn av erfaringene fra psykisk helsevern, fikk de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2014 i oppdrag med å etablere brukerstyrte senger også i TSB. I *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)* påpekes det at selv om noen plasser er etablert, er det behov for flere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Modellen er etter hvert tatt i bruk med bredere målsettinger knyttet til økt autonomi og styrket egenmestring (Bentzen, 2015). Erfaringene fra Norge har i tillegg inspirert til prosjekter med utprøving av brukerstyrte innleggelser både i dansk og svensk psykiatri (Thomsen et al., 2016; Mattsson & Durbeej, 2017).

2. Blå Kors Haugaland A-senter (BKHAS): Utprøving av tilbud med brukerstyrt seng(BS) - Skisse til pilotprosjekt

Pilotprosjektet hadde helt fra starten en klar ledelsesforankring. Institusjonen ønsket å forsterke signalet om en villet utvikling mot mer likeverdig og tillitsbasert behandling. Arbeidshypotesen var at også pasienter innen TSB er i stand til selv å vurdere egne behov og ta ansvar for å handle konstruktivt i forhold til disse; - gitt at vedkommende får tilgang på adekvate handlingsalternativer. Det betyr at pasienten får mulighet til selv å legge seg inn og skrive seg ut i henhold til egne vurderinger uten å bli "overprøvd" eller få legitimiteten av dette behovet underkjent av behandler eller andre.

Enkelte av pionerprosjektene i PHV møtte stor motstand hos helsepersonellet før oppstart (Tytlandsvik & Heskestad, 2009). Dette var ikke noe framtrædende trekk ved oppstarten av prosjektet ved BKHAS. Med et bakteppe av en noe avventende holdning var det relativt lett å vinne gehør for at brukerstyrte innleggelser kunne representere en naturlig videreutvikling av den allerede godt innarbeidete sekvensielle grunnmodellen. I behandlingsmiljøet så mange relativt raskt at avtale om brukerstyrt seng kunne øke mulighetene for effektiv tilbakefallsprofylakse og redusere antallet langvarige reinnleggelser. Og aller viktigst; - muligheten til å oppnå økt medansvar og sterkere mestringstillit hos brukeren/pasienten.

Prosjektene i PHV tok utgangspunkt i behovene til pasientgrupper som ikke uten videre er sammenliknbare med hovedtyngden av pasienter i TSB. I pilotfasen ønsket en derfor å finne ut mer om hva som er overførbare kunnskap og hva som er forskjeller mellom PHV og TSB.. Innenfor en TSB-ramme ønsket en også å vinne erfaring med hvilke målgrupper som drar mest nytte av tilbudsformatet; og på hvilke stadier i en recoveryprosess brukerstyrte innleggelser egner seg best. En ønsket i tillegg å etterprøve hypotesen om at en avtale om brukerstyrt seng virker aktivt selv når den ikke blir brukt; - at bevisstheten om et handlingsalternativ i seg selv øker mestringstillit og tåleevne i trengte situasjoner.

Sett fra et behandlingsmessig synspunkt, var et tilbud om brukerstyrt seng en mulighet til å synliggjøre, styrke og legitimere pasientenes innsikt i forløp og faser i egen rehabiliteringsprosess og den mestringskompetanse den enkelte faktisk sitter med. Hibbard & Gilbert (2014) påpeker at helsetjenester blir mer effektive dersom de blir skreddersydd til det mestringsnivået pasienten har på det aktuelle tidspunktet («Level of activation»). Allerede ved

oppstarten av pilotprosjektet så en derfor de kliniske og brukersentrerte parameterne som mest sentrale for den senere evalueringen. Dette viser igjen i det spørreskjemaet som ble sendt ut i 2015 der en ber om brukernes vurdering av samarbeidsalliansen, grad av opplevd kontroll over egen behandling, mestringstillit og nytteverdi av tilbudet om brukerstyrte innleggelser.

2.1 Pilotprosjektet: Oppsett og dimensjonering

BKHAS har 30 døgnplasser fordelt på behandlingsenhet og stabilisering- og utredningsenheten. I pilotprosjektet ble det avsatt døgnkapasitet tilsvarende to plasser til brukerstyrte innleggelser. I vår modell er døgnbaserte tilbud organisert i kliniske funksjonsområder i stedet for administrative enheter som avdelinger/poster. «Brukerstyrte senger» er derfor ikke benevnelsen på to fysiske senger eller reserverte rom, men en døgnressurs tilsvarende to senger. Det betyr at pasientene for tildelt rom der det er ledig kapasitet. En kan derfor ha flere enn 2 pasienter innlagt samtidig. Siden kort responstid er en nøkkelfaktor ved brukerstyrte innleggelser, er denne fleksible organiseringen en klar fordel.

Lengden pr. opphold i en brukerstyrt seng ble satt til maksimalt 5 døgn. Karenstiden mellom to innleggelser ble etter kort tid redusert fra 4 uker til minimum 14 dager. Ved oppstart av prosjektet var taket på 30 pasienter med samtidig kontrakt. Etter hvert er dette blitt hevet noe. Kontraktperioden har hele tiden vært 6 måneder med mulig for fornyelse en eller flere ganger. Med bakgrunn i erfaring fra psykisk helsevern, la vi også inn en del andre forutsetninger:

- Tilbud om brukerstyrt seng er basert på gjensidig forpliktende skiftelige avtaler som definerer rammer, innhold og varighet på tilbudet
- Pasienten får innleggelse i tråd med avtale når de har behov for det
- Pasienten må være godt kjent med institusjonen og døgnenhetene
- Pasienten må ha god kjennskap og innsikt i eget risikomønster
- Pasienten må være i stand til å ta kontakt tidlig nok til å unngå akutte kriser

Med de nevnte forutsetningene ønsket en i størst mulig grad å unngå at de brukerstyrte sengene skulle fungere som sub-akutte avrusingsplasser. Målet var å etablere en fleksibel og lett tilgjengelig støttestruktur for å forebygge mer omfattende kriser og redusere risikoen for tilbakefall til dysfunksjonell mestring gjennom inntak av rusmidler.

I en sekvensiell behandlingsmodell vil de fleste som er aktuelle for avtale om brukerstyrte innleggelser ha bak seg flere døgnbaserte sekvenser kombinert med påfølgende/ mellomliggende dagtilbud og/eller poliklinisk behandling. En forutsetter her at de fleste har oppnådd en viss innsikt i hvilke triggere som er knyttet til risiko for tilbakefall; samt ha kjennskap til døgnhetens regler og rutiner ved ankomst. Omvendt, er det en klar fordel at pasienten er kjent fra før av helsepersonellet i enheten. Det settes her derfor krav om minst én ordinær innleggelse i forkant av en kontrakt.

2.2 Problemstillinger i planleggingsfasen av pilotprosjektet

I mangel av erfaring fra egen institusjon eller rapporter fra andre tilsvarende prosjekter i TSB, måtte en først ta stilling til to sentrale problemstillinger:

- Utvelgelse av pasienter som passer til denne type tilbud - inklusjonskriterier
- Hvordan trekke pasientene aktivt inn i planlegging og utforming – brukermedvirkning

Det ble også lagt vekt på å utarbeide grundig informasjon og omforent forståelse av innhold og intensjon bak tilbudet om brukerstyrt seng; - uttrykt blant annet gjennom en detaljert gjensidig forpliktende skriftlig avtale mellom pasient og institusjon (se vedlegg 1). I tillegg ble det utarbeidet egne rutinebeskrivelser og prosedyrer for brukerstyrte innleggelser:

- Prosedyrer for mottak av henvendelse og praktisk organisering av innleggelsen
- Retningslinjer for medisinsk vurdering og gjennomgang av medikamenter ved ankomst
- Prosedyrer for kliniske vurderinger fra miljøpersonalet og hovedbehandler
- Prosedyrer for utskriving og epikrise

Fordi tilbudet var nytt og annerledes, la en også vekt på å ha klare rutiner for informasjon til samarbeidende og henvisende instanser både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten.

Det oppsto tidlig behov for å foreta en del grensedragninger mellom tilbudet om brukerstyrt seng og andre typer døgnbaserte tilbud:

- Ved behov for avrusning eller akuttbehandling i andre deler av spesialisthelsetjenesten i forkant, blir en innleggelsen ved BKHAS definert som en ordinær sub-akutt innleggelse; - ikke en brukerstyrt innleggelse.
- Dersom pasienten har behov for en lengre døgnbasert innleggesessekvens enten i stabilisering eller i behandlingsenhet, kan ikke denne starte som en brukerstyrt seng.
- Dersom en pasient allerede var ordinært innlagt, kunne vedkommende ikke overføres direkte til brukerstyrt seng; - selv om det foreligger en avtale om et slikt tilbud.

Det er en glidende overgang fra et avgrenset tilbakefall til inntak av psykoaktive stoffer til et mer omfattende og langvarig tilbakefall med funksjonsfall på flere viktige livsområder. Dette krever individuell vurdering av hensiktsmessige forebyggende og begrensende tiltak. I samarbeid med pasienten vil en enkelte ganger konkludere med et tilbud om brukerstyrt seng; - andre ganger at det behov for mer omfatte døgntilbud. Særlig i starten var dette krevende dialoger for begge parter med en god del prøving og feiling. Etter hvert har erfaring vist at pasienter helst bør være kommet et stykke ut i egen recoveryprosess for å få fullt utbytte av brukerstyrte innleggelser.

Framdrift i pilotprosjektet:

Førprosjekt: Prosjektbeskrivelse og oppstart prosjektgruppe	Fram til 01.01.13.
Gjennomføring og utprøving:	01.01.13-30.06.14.
Oppsummering og evaluering:	01.07.14-31.09.14.

Videreføring fra pilotprosjekt til basisdrift:

Oppstart med brukerstyrte senger i basisdriften, justeringer	01.10.14-31.12.14.
Overgang til ordinær driftsfase:	01.01.15
Spørreundersøkelse blant pasienter og behandlerne:	01.01.16-01.07.16

2.3 Prosjektgruppe og innledende fase

Det ble nedsatt en prosjektgruppe med behandlere og pasienter med mandat å utforme forslag til rammer og innhold i tilbudet med brukerstyrte innleggelser. Pasientene fikk særlig ansvar for utformingen av *innholdet* i kontrakten, mens behandlerne hadde spesielt fokus på å beskrive de formelle *rammene* rundt tilbudet. Prosjektgruppen bidro aktivt med kvalitetssikring og justeringsarbeid i hele prosjektforløpet. Ett av temaene som ble drøftet inngående, var lengden på karenstiden mellom to brukerstyrte innleggelser. Forslaget fra behandlerne var her minimum fire uker, mens pasientene var helt tydelige på at det ble alt for lenge. Argumentet var bla. at en så lang karenstid utviser forskjellen mellom tilbudet om brukerstyrt seng og andre døgntilbud ved BKHAS.

2.4 Innhold i kontrakten mellom pasienten og institusjonen

Det var hele tiden bred enighet i arbeidsgruppen om ikke å fravike prinsippet om reell brukerstyring; - dvs. at det i hele kontraktsperioden er pasienten selv som skal vurdere når brukerstyrt innleggelse kan benyttes. Arbeidsgruppen kom fram til følgende hovedpunkter som er nedfelt i kontrakten:

1. Innleggelsen kan finne sted alle dager mellom kl. 08.00-15.00; fortrinnsvis på ukedager.
2. Pasienten selv tar direkte kontakt med døgnetenheten.
3. Inntakskriterier: Det er inntakskriterier som ved ordinær innleggelse.
4. Pasienter kan etterspørre «innedager» sett at det er et behov for dette. Dette må da avtales direkte med døgnavdelingen.
5. Personal på avdeling som kjenner pasient fra tidligere skal ta imot pasienten.
6. En forutsetning for innleggelsen er at pasienten selv er ansvarlig for å ha oppdaterte resepter/-oversikt over medisiner / medisiner med seg på innleggelsestidspunktet.
7. Maks fem døgn innleggelse. Så en karenstid på to uker
8. For øvrig gjelder de samme rammene for døgnetenheten. Pasienten skal ha kjennskap til disse.
9. Pasienten forlater rommet senest klokken tolv den dagen pasienten skrives ut.
10. Kontrakten gjelder i seks måneder.
11. Det er en forutsetning at hovedbehandler og pasient har jevnlig poliklinisk kontakt i avtaleperioden – minimum 1 samtale per. måned (enten ved frammøte eller per telefon).
12. Pasienten må være kontaktbar per telefon i avtaleperioden. Dersom hovedbehandler/avdeling ikke oppnår kontakt ved gjentatt forsøk over 1 uke, er det ikke mulig å benytte brukerstyrt seng før pasienten og hovedbehandler gjennom samtale har avtalt å åpne tilbudet igjen.

De to siste punktene er kommet til noe senere etter en evalueringsrunde.

En viktig forutsetning for inntak, er at pasienten skal avgi negative urinprøver og ikke være inne i et aktivt tilbakefall med hensyn til inntak av psykoaktive stoffer. Det var en omforent forståelse i arbeidsgruppen at det her burde være lite rom for individuelle unntak i forhold til rammebestemmelsene. I noen tilfeller inngår en også en særskilt «Etg-avtale» med pasienten; dvs. at en tester på metabolitter av alkohol som gjør det mulig å spore tidligere inntak opptil 72 timer i etterkant. Dette blir av enkelte pasienter opplevd som en ekstra støttestruktur. Kontrakten underskrives av pasient og hovedbehandler med avtalt evaluering før endt kontraktperiode på 6 måneder. Hovedpunktene i kontrakten er også utdypet og presisert i et eget skriftlig vedlegg. Dette blir gjennomgått punkt for punkt før undertegning (se vedlegg 1).

2.5 Spesialistvurderinger og epikrise

Helsetilsynet har ved flere anledninger presisert at spesialist må være involvert i alle pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Det ligger i selve konseptet for brukerstyrte innleggelser at det er pasienten selv som bestemmer tidspunkt for både ankomst og avreise. Det springende punktet blir da hvilken type involvering som er nødvendig for at kravet til faglig forsvarlighet er innfridd. Dette var en problemstilling da de første brukerstyrte tilbudene i psykisk helsevern ble etablert; - bla. knyttet til mottak for innleggelse. Flere påpekte at det bør legges vekt på hvor godt den aktuelle spesialisten kjenner pasienten fra før.

I tiden rundt oppstart av pilotprosjektet ble det ved flere større sykehus konkludert med at forsvarlighetskravet ved brukerstyrte innleggelser ikke nødvendigvis forutsatte en personlig foretatt undersøkelse så lenge spesialisten på andre måter var involvert i vurderingen. I et brev til Jærens DPS 08.11.2011 «Klargjøring ifm brukerstyrt innleggelse» skriver Helsedirektoratet følgende:

Foretaket må sikre at pasientene med avtale om brukerstyrt innleggelser som kommer til mottaket får et forsvarlig tilbud. Foretaket vurderer selv om det er forsvarlig at ansvarshavende ved mottaket er en sykepleier, en vernepleier eller en lege. Uansett bør det være en vaktordning slik at ansvarshavende kan konsultere spesialist ved behov og dermed innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner»

Siden vår modell for organisering er basert på kontinuitet i behandlingsrelasjoner der hovedbehandler har et gjennomgående ansvar uavhengig av hvor i det sekvensielle behandlingsforløpet pasienten befinner seg, er kravet til tett oppfølging fra spesialist godt ivarettatt. Alle nye kontrakter om brukerstyrt seng blir først vurdert i tverrfaglig inntaksmøte ledet av spesialist. Døgnetenhetene ved BKHAS har helsefaglig personell med særlig ansvar på alle vaktskift. Dette er innarbeidet i prosedyrene for mottak av pasienten; - herunder håndtering av medbrakte medisiner. Innledningsvis var det også noe diskusjon rundt behovet for egen epikrise for hvert opphold i brukerstyrt seng. Her falt vi ned på at hovedbehandler rutinemessig skriver en kort epikrise etter hvert opphold.

2.6 Inklusjonskriterier

Selv om vi i utgangspunktet hadde en klar målsetting om at brukerstyrte innleggelser primært skulle fungere som tilbakefallsprofylakse og komme som tilbud på senere stadier i det samlede behandlingsforløpet, ble det valgt bredere inkluderingskriterier det første året. Dette ble gjort for ikke å gå glipp av eventuelt andre indikasjonsområder vi på forhånd ikke hadde tenkt på. En valgte også her å holde seg til grunnregelen om at kontrakter ikke ensidig kan «sies opp» fra institusjonens side før tidligst etter endt avtaleperiode på 6 måneder.

Det ble behov for noen mindre justeringer underveis. Disse sprang ut fra avveininger rundt faseaspektet ved recoveryprosessen og hva som er gunstigst mulig tidspunkt for opprettelse av kontrakt. I enkelte saker var det f.eks. utfordringer med å etablere en omforent forståelse mellom pasient og behandlere om hovedintensjon og faktisk målsetting med brukerstyrte innleggelser. Årsaken var mangel på tydelige grensedragninger mellom brukerstyrt seng og andre typer døgntilbud. Behovet for slik avklaringer avtok i takt med at en fra institusjons side fant formidlingsstrategier som klart nok fikk fram hva som ligger innenfor og utenfor tilbudsformatet med brukerstyrte innleggelser.

Fra de første brukerstyrte innleggelsene i april 2013 og til slutføring av pilotprosjektet i september 2014 hadde 54 personer undertegnet kontrakt om brukerstyrt seng. Av disse hadde 19 personer (35 %) benyttet seg aktivt av tilbudet gjennom totalt 56 brukerstyrte innleggelser; - hvorav 42 % var kvinner.

2.7 Oppsummering og evaluering av pilotprosjektet

Det er den enkelte hovedbehandler som melder inn pasientens ønske om kontrakt til inntaksteamet. I startfasen ble det derfor overfor hovedbehandlerne arbeidet systematisk med gjentatt synliggjøring av intensjoner med tilbudet om brukerstyrt seng, inklusjonskriterier og drøfting av eventuelle kontraindikasjoner. En prøvde hele tiden å balansere dette opp mot ønsket om å starte relativt bredt for å få enda mer kunnskap om indikasjonsområdet. Det resulterte i et mer variert inntak av pasienter og kliniske problemstillinger enn det en hadde sett for seg tidlig i planleggingsfasen. Dette gjaldt både for diagnoser, hvilken fase pasientene var i mht. egen recoveryprosess og geografisk tilhørighet. Det mest utfordrende problemstillingene var her knyttet til grensesnittet mot sub-akutte tilbud.

De løpende tilbakemeldingene fra både pasienter og ansatte i prosjektperioden var gjennomgående positive. Etter noen mindre justeringer, ble det fra ansatte rapportert om få eller ingen problemer knyttet til sentrale funksjoner som legemiddelhåndtering, rusmiddelstatus ved frammøte og avslutning av oppholdet. Felles for de aller fleste pasientforløp var at pasientene ga uttrykk for stor grad av brukertilfredshet med det nye tilbudet og at pasientene forholdt seg til kontrakten, slik det var forutsatt.

Ut fra erfaringsgrunnlaget i prosjektfasen konkluderte en med at en her hadde et tilbudsformat som muliggjorde overgangen fra formell til reell brukerstyring. Økende etterspørsel og stor grad av brukertilfredshet trakk også i retning av en fortsettelse på permanent basis. Det samme gjorde tilbakemeldingen fra behandlersiden.

3. Overgang fra pilotprosjekt til ordinært tilbudsmønster: Data fra pilotprosjekt og driftsfase 2013 – 2018

Fra 01.01.15 ble tilbudet om brukerstyrte innleggelser overført til basisdriften som ordinært tilbud. Vi vil her presentere noen pasientadministrative data fra prosjektperioden og sammenholde disse med tilsvarende data fra hele driftsperioden fram til oktober 2018.

3.1 Metoder for evaluering

Ett sentralt spørsmål blir om konseptet med brukerstyrte innleggelser i større skala passer for TSB. I vår modell inngår tilbud om brukerstyrte innleggelser både som integrert del av et sammenhengende forløp for enkeltpasienter og som element i utvikling av en ny organisatorisk modell for behandling. Som tidligere nevnt, begrenser dette mulighetene for et standard RCT-design med kontrollgruppe slik en finner i enkelte senere studier på brukerstyrte innleggelser i psykisk helsevern (Rise et al., 2014; Moljord et al.,2017).

Ett alternativ ville vært å gjennomføre en speilstudie der pasienten er sin egen kontroll; - dvs. med liknende design som ble benyttet ved Jæren DPS (Heskestad & Tytlandsvik, 2008). Utvalgskriteriet om at pasienten skal ha en viss behandlingserfaring med døgnbaserte sekvenser i forkant, skaper imidlertid også noen utfordringer for oppsett av speilstudier som sammenlikner forløpet før og etter at pasienten har fått kontrakt på tilbudet om brukerstyrte innleggelser.

Det er også dokumentert stor somatisk og psykisk komorbiditet, underbehandling av andre lidelser og nedsatt levealder i våre pasientgrupper (Lien, Huus & Morken, 2016). Et regnestykke på ren kost-nytte i antall helsekroner bør derfor ha et bredt tilfang av data. I vårt tilfelle vil effekten bli målt i antall oppholdsdøgn og innleggelser i egen institusjon. På sikt er det derfor et klart behov for følgeforskning i TSB på kost-nytte som også fanger samlet gevinst av en eventuell endring i sykелighet og hjelpesøkeratferd.

Vi har ut fra det foregående valgt å avgrense evalueringen av prosjekt- og driftsperioden til drøfting av resultatene fra deler av den spørreskjemaundersøkelsen som ble gjennomført i 2015, samt nominelle driftsdata fra hele perioden. Vi har her valgt et hovedfokus på brukererfaringene og hvordan tilbudet om brukerstyrt seng virker inn på recoveryprosessen.

3.2 Aktiv bruk av brukerstyrte innleggelser: Omfang og pasientutvalg

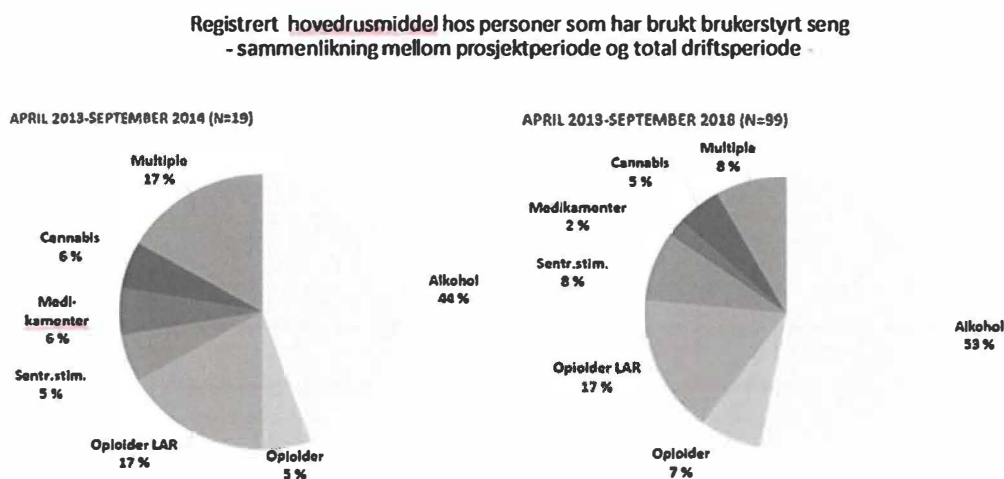
I de 5 ½ årene tilbudet har eksistert, har 224 personer hatt kontrakt på brukerstyrt seng; - hvorav 102 personer (45.5%) har benyttet seg av tilbudet én eller flere ganger. Kvinneandelen er 33.3 %. Det har totalt vært 439 innleggelser i perioden oppsummeringen omfatter. Nesten samtlige har vart 5 oppholdsdøgn. Dette representerer totalt 2200 oppholdsdøgn.

Sammenlikner en utvalget fra selve prosjektperioden med tallene for hele driftsperioden fram til september 2018, er andelen som aktivt har benyttet seg av brukerstyrte innleggelser steget fra 35 til 45.5%.

3.3 Diagnoser

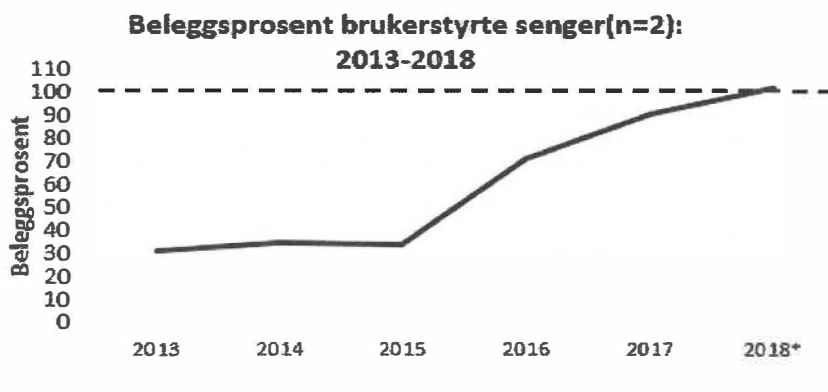
For de fleste av pasientene i TSB er inngangsd diagnosen (hoveddiagnose) knyttet til bruk av psykoaktive stoffer (F10-19 i ICD-10). Av de som aktivt brukte tilbudet om brukerstyrte innleggelser i prosjektperioden hadde 26 % én eller flere bidiagnoser på andre psykiske lidelser i tillegg til den rusmiddelrelaterte hoveddiagnosen. Disse fordelte seg på angst, depresjon, bipolaritet, oppmerksomhetsforstyrrelser og personlighetsvansker. Etter 5 ½ år var andelen med bidiagnoser økt til 28 %. Ingen av pasientene hadde diagnoser knyttet til mer vedvarende alvorlig psykopatologi tilsvarende referansegrunnlaget fra PHV.

Sammenholder en den relative fordeling av de ulike rusmiddelrelaterte hoveddiagnosene, er det i prosjektperioden en noe større andel F19 diagnoser (multiple stoffer) og en lavere andel med F10 diagnose (alkohol):



3.4 Kapasitet:

I prosjektperioden holdt en fast ved et tak på maksimalt 30 personer med samtidig kontrakt. Beleggsprosenten på de to plassene lå i de første 2 ½ årene på rundt 35 %:

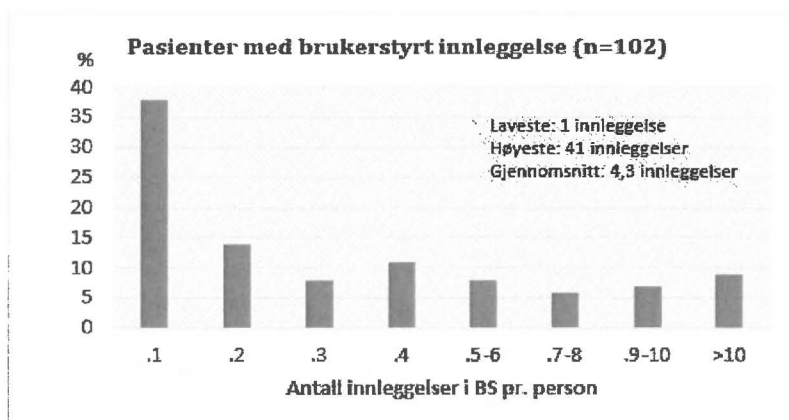


Gjennomgående positive evalueringer fra prosjektperioden og stor interesse for tilbudet fra pasientene gjorde at det ved overgang til ordinær drift ble viktig å finne balansepunktet

mellom behov og kapasitet til å levere på den responstiden kontrakten med pasienten forplikter institusjonen til. En valgte gradvis å heve det øvre taket til 60 personer. I figuren foran gjenspeiles dette i en jevn stigning i årlig beleggspersent fra 2015. Det framgår også at en ved utgangen av 2018 har kommet for høyt, sett i forhold til kravet om fleksibilitet og responstid. Taket er derfor senket igjen til 50 samtidige avtaler.

3.5 Bruksmønster

Ser en på hele perioden fra april 2013 til oktober 2018, framkommer følgende bruksmønster for gruppen av pasienter som har vært innlagt én eller flere ganger i brukerstyrt seng:

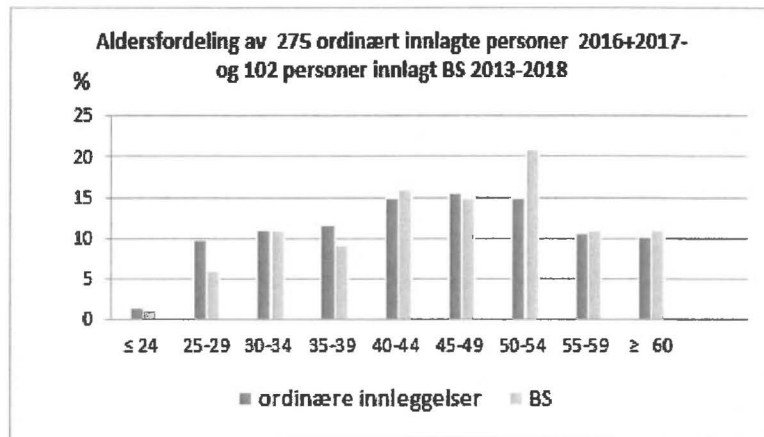


Det ligger i framstillingen at 71 % av pasientene har benyttet tilbudet om brukerstyrte innleggelser 4 ganger eller mindre. Av de resterende har 21 % hatt mellom 5 og 10 innleggelser og 8 % mer enn 10 innleggelser totalt. Gruppen med bare én innleggelse inneholder både pasienter som nylig har inngått avtale og 20 pasienter som har avsluttet kontraktsforholdet etter kun en periode. Der det er flere innleggelser, er disse ofte fordelt over flere fortløpende kontraktperioder. Et høyere antall innleggelser betyr derfor ikke nødvendigvis en mer høyfrekvent årlig bruk. For hele utvalget under ett, er gjennomsnittet 4.3 innleggelser.

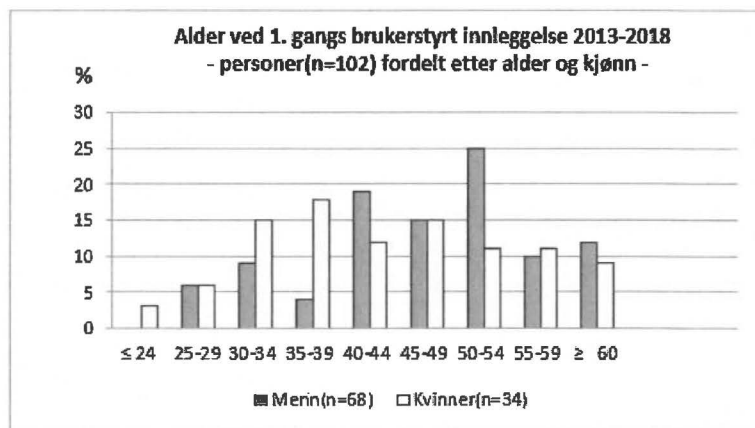
I bruksmønsteret for hele driftsperioden finner vi en høyandelsgruppe på 8% av pasientene som står for 32 % av innleggelsene. Gruppen består både av personer som jevnlig har benyttet tilbudet over hele perioden på 5 ½ år og personer som har hatt en mer høyfrekvent årlig bruksprofil avgrenset til et par år. Høyeste antall innleggelser i denne gruppen er 41. I resten av gruppen varierer det mellom 11 og 18 innleggelser. Det faktiske bruksmønsteret i de årene tilbudet er blitt brukt aktivt, gir et gjennomsnitt for høyandelsgruppen på 5.5 innleggelser/år. For resterende pasienter (n=94) er gjennomsnittet 3,2.

3.6 Aldersfordeling

Ut fra kriteriet om at pasienter bør ha kommet et stykke i egen recoveryprosess, vil en forvente en noe høyere gjennomsnittlig alder i gruppen med brukerstyrt seng enn hos ordinært innlagte pasienter. En finner en viss tendens som peker i den retning (46.1 år vs. 44.2 år):



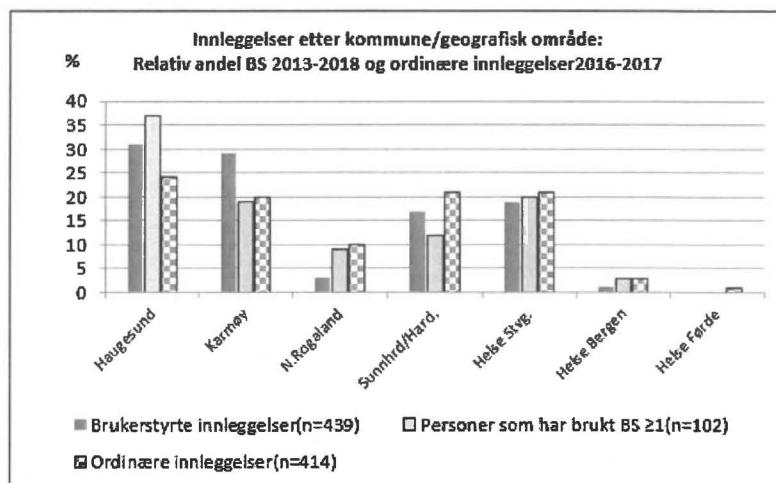
Det er menn som utgjør denne forskjellen. De er gjennomsnittlig 3.1 år eldre enn ved ordinære innleggelser (47.3 år vs. 44.2.år). Kvinnene er derimot 0.6 år yngre (43.8 år vs. 44.4 år). Innad i gruppen med avtale om brukerstyrt seng er mennene 3.5 år eldre i gjennomsnitt enn kvinnene (47.3år vs. 43.8 år):



Ved *ordinære* innleggelser i årene 2016-2017 ligger gjennomsnittsalder for hele pasientutvalget på 44.2 år. Det er kun mindre forskjeller mellom kjønnene: Kvinner(n=95) 44.4 år vs. menn(n=180) 44.2 år.

3.7 Fordeling etter hjemstedskommune

Det har vært alminnelig antatt at tilbudet om brukerstyrte innleggelser passer best for de pasientene som bor nær institusjonen. Sammenholder en bruksmønsteret for brukerstyrte innleggelser med de ordinære innleggelsene i 2016 og 2017, er det en viss støtte for dette. De to største kommunene i nærområdet (Haugesund og Karmøy) har til sammen 44 % av de ordinære innleggelsene og 60 % av de brukerstyrte innleggelsene.



Forskjellen i forhold til Sunnhordaland/ Hardanger og kommunene som sokner til Helse Stavanger er ikke så stor; - tatt i betraktning bla. betydelig lenger reiseavstand. Disse delene av opptaksområdet har over flere år hatt en stabil andel på til sammen i overkant 40 % av alle ordinære innleggelser. De samme kommunene har hatt nesten tilsvarende andel av de brukerstyrte innleggelsene i driftsperioden (36 %).

Sammenlikner vi fordelingen av pasienter som har hatt én eller flere innleggelser med fordeling av totalt antall innleggelser, ser en at Haugesund som «vertskommune» har en relativt høyere andel både av *personer* som har benyttet brukerstyrte innleggelser og det totale *antallet* slike innleggelser. Karmøy har på sin side en lavere andel personer som har benyttet BS, men en nesten like stor relativ andel av det totale antall innleggelsene som Haugesund; - dvs. har pasienter fra Karmøy benyttet brukerstyrte innleggelser forholdsvis hyppigere pr. person.

Vi ser at en noe større andel av pasientene som aktivt benytter seg av brukerstyrte innleggelser, kommer fra de mest befolkningsrike kommunene i nærområdet. Det er de mindre kommunene i Nord-Rogaland som har lavest relative andel av aktiv bruk; - og ikke kommunene i Helse Stavanger-området eller kommunene i Sunnhordaland og Hardanger med lengre reisevei. Sammenholdt med ordinære innleggelser, beholder disse områdene tilnærmet sin relative andel også av de brukerstyrte innleggelsene.

4. Spørreskjemaundersøkelsen 2016

Det ble høsten 2015 sendt ut et spørreskjema til 71 pasienter som hadde kontrakt om brukerstyrt seng. Respondentene faller i to hovedgrupper:

- Pasienter som har/har hatt kontrakt om brukerstyrt seng, men ikke benyttet seg av muligheten for innleggelse
- Pasienter som har bak seg én eller flere brukerstyrte innleggelser

Til gruppen som ikke hadde benyttet seg av brukerstyrt innleggelse, ble spørsmålene som forutsetter erfaring med aktiv bruk av tilbudet utelatt. Svarprosenten var samlet sett 83 %. I

gruppen uten erfaring med brukerstyrte innleggelser, svarte 68 %. Tilsvarende i gruppen med erfaring var 95 %. Det ble parallelt sendt et matchende spørreskjema til de respektive pasientenes hovedbehandlere. For gruppen som hadde vært innlagt, kom det inn 29 svar (72.5%) fra hovedbehandler, mens det for gruppen som ikke hadde vært innlagt, kom inn 14 svar (45 %).

4.1 Oppsett av spørreskjema

Spørreskjemaet inneholder knipper med utsagn som var ment å dekke ulike aspekter ved pasientens opplevelse av tilbudet med brukerstyrt seng(BS):

- * **Praktisk tilrettelegging:**
 - Informasjon om tilbudet: «Jeg ble ikke godt/godt informert om tilbudet i forkant»
 - Kontakt med HAS: «Det er ikke lett/lett å komme i kontakt med HAS når jeg trenger innleggelse»
- * **Relasjon og samarbeidsallianse:**
 - Mottagelse på Døgnavdelingen: «Jeg opplevde meg ikke velkommen/velkommen på døgnavdelingen»
 - Ble hørt: «Jeg opplevde ikke å bli hørt/bli hørt når jeg trengte innleggelse»
 - Tillit: «Jeg opplever at min hovedbehandler ikke har tillit/har tillit til mine avgjørelser om innleggelse»
- * **«Empowerment-knippet»: Opplevd trygghet, kontroll og mestring:**
 - Hverdagen: «Det hjalp meg ikke/hjalp meg å vite at jeg hadde brukerstyrt seng»
 - Kontroll over egen behandling: «Jeg opplever ikke å ha mer kontroll/ha mer kontroll over egen behandling»
 - Mestring: «Jeg opplever ikke mer/mer mestring av egen problematikk»
- * **Opplevd nytte:**
 - «Alt i alt, hvor mye har BS hjulpet deg»: Lite/Mye»

4.1.1 Mangel på validitet

Spørreskjemaet inneholdt også et knippe med utsagn knyttet til opplevd effekt av brukerstyrte innleggelser i forhold til tilbakefall og behovet for andre typer døgntilbud:

- * **Effekter av tilbudet om brukerstyrt seng:**
 - Antall tilbakefall etter oppstart BS: «Brukerstyrt seng har ikke påvirket/har påvirket antall tilbakefall»
 - Alvorlighetsgrad av tilbakefall etter oppstart BS: «Brukerstyrt seng har ikke påvirket/har påvirket alvorlighetsgrad ved tilbakefall»
 - Behov for andre typer innleggelse etter oppstart med BS: «Tilbudet om BS har ikke redusert /har redusert mitt behov for andre typer innleggelser ved HAS»

I ettertid fant vi at disse spørsmålene har for lav validitet. Utsagnene om antall tilbakefall og alvorlighetsgrad angir ikke retning; - dvs. økning eller reduksjon. Tilsvarende gjelder for utsagnet om alvorlighetsgrad. Antakelsen om lav validitet på dette knippet bekreftes av svarprofilene til pasienter i høyandelsgruppen (jfr. side 16-17) – der vi kan sjekke opp mot faktiske data frambrakt fra kvalitative intervjuer. Vi har utfra det foregående konkludert med å utelate effekt-knipet fra videre drøfting.

4.2 Målemetode

Vi har brukt en visuell analog skala der svar på ulike utsagn avmerkes på en trinnløs 0-100 mm lang skala; tilsvarende formatet på Outcome Rating Scale - ORS (Skala for endringsvurdering) og Session Rating Scale - SRS (Skala for relasjonsvurdering). Merket som respondenten setter på den 10 cm lange svarlinjen, blir målt i antall millimeter fra venstre startpunkt på linjen og registrert i cm med tier-desimal (eks. 7.8).

4.3 Resultatene fra brukerundersøkelsen - trender og indikasjoner

I den påfølgende tabellen er det gjengitt en oversikt med gjennomsnittsverdiene på svarene i følgende hovedgrupper:

1. Pasienter som har benyttet seg av brukerstyrte innleggelser én eller flere ganger
2. Behandlergruppens svar i forhold til pasienter med erfaring fra brukerstyrte innleggelser.
3. Pasienter som har kontrakt, men ingen aktiv bruk av muligheten for døgnopphold
4. Behandlergruppens svar i forhold til pasienter uten erfaring med brukerstyrte innleggelser

Gjennomsnitt skåre i svarene på hvert utsagn fra hver hovedgruppe*									
	Informasjon	Kontakt	Mottagelse	Bli hørt	Tillit	kontroll	mestring	hverdag	Alt i alt
Pasienter som har brukt brukerstyrt innleggelse (BS) ≥ 1	9.01	9.17	9.19	9.31	9.20	8.54	7.86	8.69	8.47
Hovedbehandlere	8.45	8.69	8.60	8.42	7.94	7.47	7.00	7.22	6.24
Pasienter som ikke har benyttet brukerstyrt innleggelse(BS)	9.25				8.59	6.70	6.68	7.54	6.20
Hovedbehandlere	8.41				7.34	5.89	5.84	5.73	4.11
	Hensikt og kontrakt	Logi-stikk	Samarbeidsalliansen			«Empowerment»-knippet		Nytte	

* Pasientgruppene er ikke matchet i forhold til den lavere svarprosenten i behandlergruppene

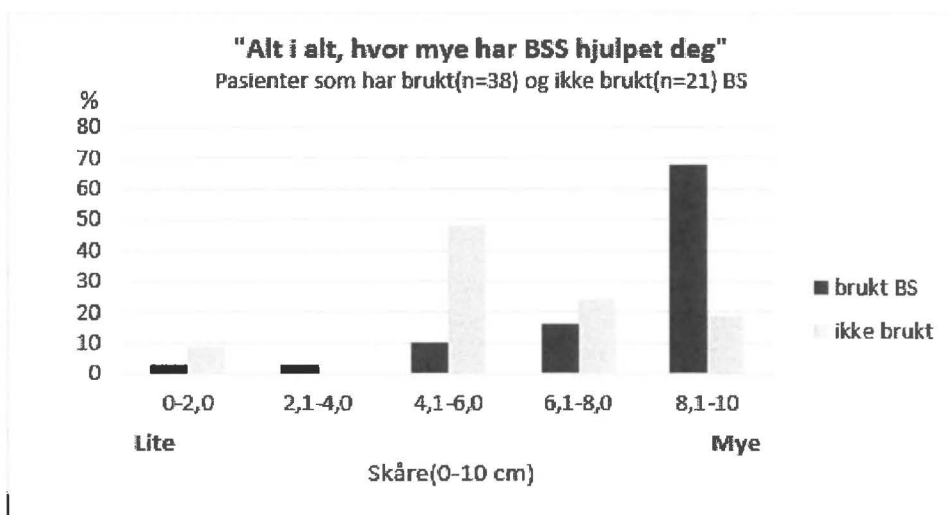
Svarprofilene fra begge pasientgruppene på utsagnet om informasjon i forkant har svært høy gjennomsnittsskåre. Dette viser at en har nådd fram i formidlingen av det praktiske oppsettet

og hensikten med tilbudet; - noe som er en viktig forutsetning for en omforent forståelse av kontrakten som inngås.

Med unntak av spørsmålet om informasjon, har svarene fra pasientgruppen med erfaring fra brukerstyrt innleggelse gjennomgående høyere gjennomsnittsskåre på alle utsagn; - dvs. gir mer positivt ladete svar - enn pasientene uten slik erfaring. Referansesvarene fra hovedbehandlerne er gjennomgående lavere enn pasientsvarene i begge hovedgruppene.

4.3.1 Opplevd nytte

Spørsmålet «Alt i alt, hvor mye har BS hjulpet deg?» er et samlet «magesfølelsesuttrykk» for opplevd nytte (jfr. skraverter felt til høyre i tabellen på foregående side). Figuren under viser klare forskjeller mellom pasienter med og uten erfaring med brukerstyrte innleggelser. Hele 68 % av gruppen med erfaring svarer i intervallet 8.1-10 på opplevd nytte mot 19 % i gruppen uten slik erfaring. Samlet sett, viser figuren at de aller fleste av pasientene som har kontrakt om brukerstyrt seng opplever at dette har hjulpet dem; - og aller mest den gruppen som har brukt muligheten aktivt:



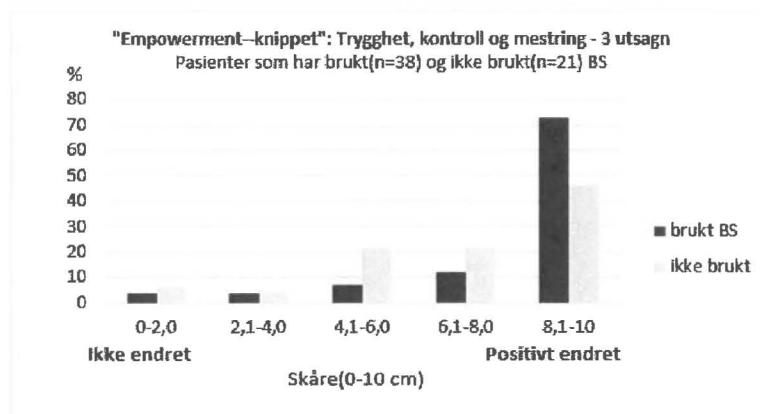
Svarene gjenspeiler den gjennomgående trenden vi også finner i skårene på mange av de andre utsagnene: Pasientgruppen med erfaring fra brukerstyrte innleggelser har en høyere gjennomsnittsskåre enn pasientgruppen uten slik erfaring. Gjennomsnittsskåren på referansesvarene fra hovedbehandlerne ligger på dette utsagnet i begge gruppene over 2 poeng lavere enn pasientsvarene (se tabell på forrige side). En må her være oppmerksom på at pasientgruppene i dette oppsettet ikke er matchet i forhold til den lavere svarprosenten i behandlergruppen.

4.3.2 «Empowerment-knippet»

Recoveryprosessen til den enkelte støttes ved å tilby et behandlingsopplegg som forsterker personens ferdigheter til styring av eget liv. Noen av utsagnene i spørreskjemaet utgjør et knippe som er ment å dekke en del sentrale elementer i en slik prosess. Dette gjelder opplevd

trygghet ved tilgang på handlingsalternativer, opplevd kontroll over egen behandling og grad av opplevd mestring. Vi vil referere til dette som «Empowerment-knippet»:

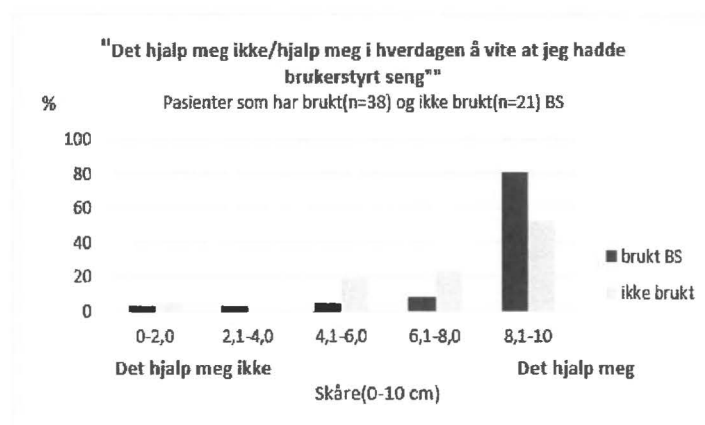
- Kontroll over egen behandling: «Jeg opplever ikke å ha mer kontroll/ha mer kontroll over egen behandling»
- Mestring: «Jeg opplever ikke mer/mer mestring av egen problematikk»
- Hverdagen: «Det hjalp meg ikke/hjalp meg å vite at jeg hadde brukerstyrt seng»



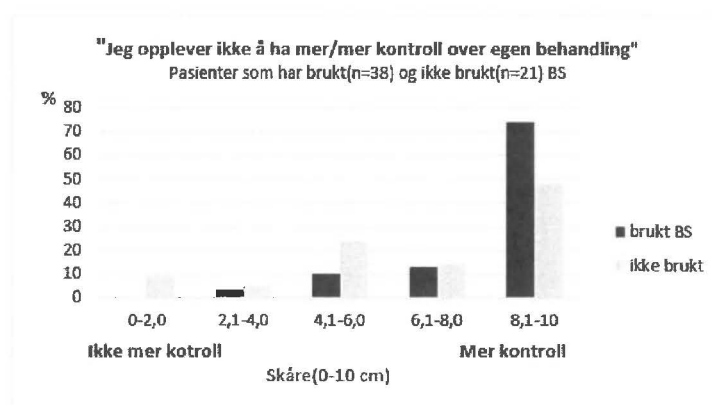
De aggregerte svarene i «Empowerment-knippet» viser at begge pasientgruppene skårer høyt på opplevd positiv endring knyttet til trygghet, kontroll og mestring. I gruppen som har brukt tilbudet ligger 73% i intervallet 8.1-10. Tilsvarende for gruppen uten slik erfaring er 46 %. Vi kan ta dette som uttrykk for at tilbudet om brukerstyrte innleggelser er med på å styrke empowerment-prosessen hos mange.

Går en til enkeltutsagnene i «Empowerment-knippet», ser en at det er størst forskjell mellom gruppene på utsagnet som måler opplevd mestringsstøtte i egen hverdag ved å ha tilgang på muligheten til brukerstyrt innleggelse:

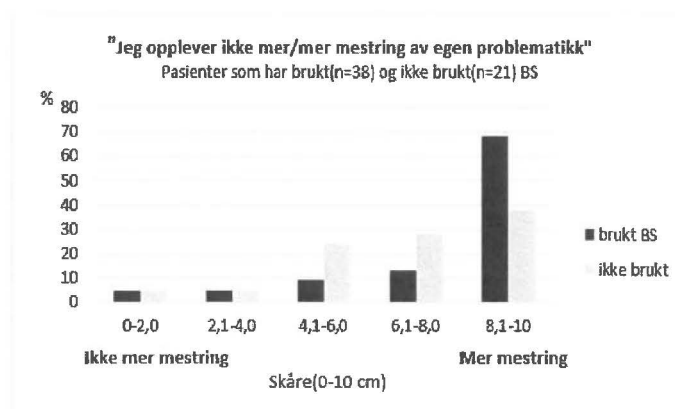
«Hverdagen: Det hjalp meg ikke/hjalp meg å vite at jeg hadde brukerstyrt seng».



Hele 81 % av de med erfaring fra brukerstyrt innleggelse skårer i den høyeste intervallet av skalaen (8.1-10) mot 52 % hos dem som ikke har benyttet seg av denne muligheten. Dette viser at «tomme senger» også er «varme senger» for de pasienten som ennå ikke har brukt dem. Dette understøttes ytterligere i svarprofilene på opplevd kontroll over egen behandling som er gjengitt i figuren under. Her svarer nesten halvparten (48 %) av gruppen som ikke har benyttet tilbudet i det høyeste skårintervallet (8.1-10). Tilsvarende for gruppen som har brukt brukerstyrt seng én eller flere ganger er 74 %.



Selv om gjennomsnittskåren er noe lavere og spredningen noe større i begge gruppene, ser vi samme trend også i svarprofilene fra de to gruppene på utsagnet om opplevd mestring av egen problematikk:



4.3.3 Relasjon og samarbeidsallianse

Ett av utsagnene om praktisk tilrettelegging ble bare stilt til gruppen med faktisk erfaring fra brukerstyrte innleggelser:

«Det er ikke lett/lett å komme i kontakt med HAS når jeg trenger innleggelse».

Som det framgikk av oversiktstabellen (s. 22), ligger gjennomsnittskåren her på hele 9.17. Dette viser også viktigheten av å ha tilstrekkelig kapasitet og fleksibilitet til å kunne levere uten lang responstid når pasienten vurderer at behovet for innleggelse er der.

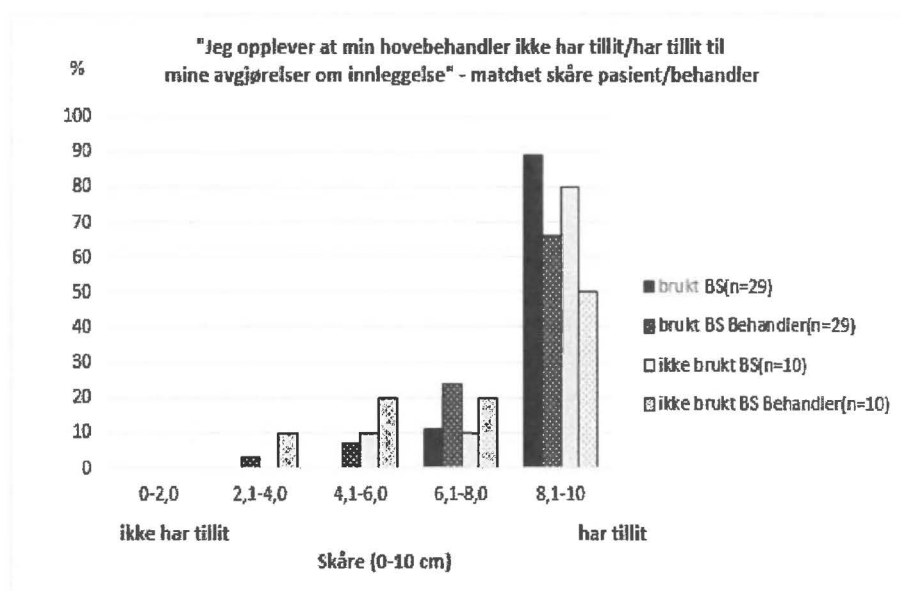
De to andre utsagnene i det knippet som bare ble gitt til pasienter som har erfaring fra brukerstyrt innleggelse måler opplevd behandlingsrelasjon og samarbeidsallianse. De er mer relasjonelt orienterte og fokuserer på opplevde kvaliteter ved selve samarbeidsforholdet:

- Mottagelse på Døgnavdelingen: «Jeg opplevde meg ikke velkommen/velkommen på døgnavdelingen»
- Ble hørt: «Jeg opplevde ikke å bli hørt/bli hørt når jeg trengte innleggelse»

Gjennomsnittsskårene på disse to utsagnene er henholdsvis 9.19 og 9.31 på 0-10 skalaen. Spredningen er i tillegg liten: Hele 92 % og 89 % av svarene på de respektive utsagnene ligger i den høyeste svarkategorien (8.1-10). Vi ser også samme tendens i svaret på opplevd tillit:

- Tillit: «Jeg opplever at min hovedbehandler ikke har tillit/har tillit til mine avgjørelser om innleggelse»

Dette utsagnet var med i spørreskjemaet både til pasientgruppen med og uten erfaring med brukerstyrt innleggelse. Utsagnet berører etter vår vurdering en grunnleggende kvalitet ved samarbeidsrelasjonen mellom pasient og behandler.



På bakgrunn av gjennomgående lavere svarprosent i behandlergruppen, er svarene matchet for å unngå eventuelle vridningseffekter knyttet til ulikt antall besvarelser i de respektive gruppene. Ulempen blir at gruppen uten innleggelse bare blir 1/3 av størrelsen på utvalget som har benyttet brukerstyrt innleggelse én eller flere ganger.

5. Diskusjon

Selv om det mangler forskning på effekten av brukerstyrte innleggelser i TSB, er tilbudsformatet likevel vurdert som hensiktsmessig fra sentralt hold. Dette blir grunnlagt utfra økt brukermedvirkning, mer fleksibilitet, større selvstendighet og trygghet for brukerne og pårørende; samt at det kan gi en reduksjon av tilbakefall og avbrudd i behandling og avkorte behandlingstiden (Helsedirektoratet, 2016). I beskrivelsen av pakkeforløpet for TSB blir brukerstyrt seng holdt fram som egnet tiltak for å redusere avbrudd i behandlingsforløpet (Helsedirektoratet, 2018).

Innfallsvinklene til evaluering av brukerstyrte innleggelser er derfor flere: Ett kostnad-nytte perspektiv målt i bruk av helsetjenesteressurser og ett ideologisk, verdibasert perspektiv der medbestemmelse og empowerment-variabler står sentralt. Ulikheter i pasientgrunnlag og organisering til tross, bruker vi en del av erfaringene fra PHV som referanseramme. Vi har da valgt de områdene der forskjellene til TSB er minst; - dvs. på mer universelle variabler knyttet til recovery og empowerment.

5.1 Implementering og erfaringer fra driften av tilbudet

Implementeringsarbeid som medfører endring av praksis i helsetjenesten byr ofte på utfordringer og må tilpasses lokale forhold (Fretheim, Flottorp & Oxman, 2015). Hensyntaken til organisasjonsmodell, lokal behandlertradisjon og brukerkultur er derfor sentrale medvirkende faktorer for å lykkes. Eierskap og medansvar er også viktige forutsetninger for arbeid med recovery både på individ og systemnivå. I ettertid ser en at det var grunnleggende at brukerne deltok i utformingen av pilotprosjektet helt fra starten av; - noe som ga tilstrekkelig legitimitet til oppsatte forutsetninger og rammer

5.1.1 Omforent forståelse av hensikt, innhold og etterlevelse av kontrakten

En større dansk undersøkelse viser at det er betydelig innbyrdes forskjell i pasienters motiver, forventninger og behov knyttet til brukerstyrt seng. Det blir i forlengelsen av dette vist til betydningen av en samarbeidsorientert individuell tilnærming med gjensidig avklaring av målsettinger og forventninger både før inngåelse av kontrakt og underveis i forløpet (Ellegaard, Bliksted, Lomborg & Mehlsen, 2017a). Den sekvensielle modellen med vekt på kontinuitet i behandlingsrelasjoner som en har ved BKHAS gir stort rom for denne type dialoger. Her er det også lagt inn som forutsetning i kontrakten at pasienten må være kontaktbar på telefon; og at hovedbehandler og pasient har jevnlig poliklinisk kontakt i avtaleperioden (jfr. s. 11) Dette kan være noe av årsaken til at det har vært svært få brudd på oppsatte forutsetninger ved frammøte til innleggelse.

Ellegaard et al. (2017b) fant at pasientenes tilfredshet med hele tilbudet om brukerstyrte innleggelser var høyere hos dem som opplevde at det var lett å bli innlagt. Det er sannsynlig tilfelle også hos våre pasienter. Gjennomsnittsskåren for gruppen med faktisk erfaring fra brukerstyrte innleggelser er 9.17 på grad av tilfredshet med tilgang på kontakt ved behov for brukerstyrt innleggelse. Noe av nøkkelen til brukertilfredshet og ønsket positiv effekt på empowerment hos den enkelte, er derfor at institusjonen leverer på sin del av kontrakten ved

stor grad av tilgjengelighet og lav responstid. Målt i gjennomføringsgrad og gjensidig oppfyllelse av oppsatt kontrakt, har tilbudet med brukerstyrte innleggelser vist seg svært velegnet også for TSB.

5.1.2 Utvelgelse: Diagnose, alder og geografi

En finner ingen forskjell i fordeling av hoveddiagnoser og bidiagnoser mellom innlagte pasienter med og uten kontrakt om brukerstyrt seng. Forebygging av tilbakefall forutsetter ofte en viss innsikt i eget risikomønster og noe varighet på problembildet. Dersom dette er blitt tillagt vekt ved utvelgelse, ville en forvente en noe høyere gjennomsnittsalder enn for andre døgnpasienter. For menn ser dette ut til å være tilfelle; for kvinner ikke. Bildet er derfor ikke entydig på dette punktet.

Enkelte har hevdet at et tilbud om brukerstyrte innleggelser vil favorisere brukere i nærområdet til institusjonen. En finner ingen entydig støtte for dette i driftsdataene. Den geografiske fordelingen samsvarer med fordelingen for ordinære innleggelser. En ser imidlertid pasienter fra nærområdet bruker tilbudet noe hyppigere enn pasienter med lenger reiseavstand.

5.1.3 Høyandelsgruppen

Kontrakten om brukerstyrt seng gjelder for ½ år og kan fornyes en eller flere ganger etter behov. I løpet av 5 ½ år har 227 personer inngått kontrakter for i alt 438 kontraksperioder. 167 kontraksforhold er avsluttet; - 106 av disse etter kun én kontraksperiode. Slike «en-periodekontrakter» utgjør årlig ¼ av alle inngåtte kontrakter. Av de 102 personene som benyttet seg muligheten for brukerstyrt innleggelse én eller flere ganger, ligger gjennomsnittet på 4.3 innleggelser.

En mindre gruppe (8%) har hatt mer enn 10 innleggelser. For alle er innleggelsene fordelt over flere kontraksperioder. Pasientene i høyandelsgruppen har derfor ikke nødvendigvis mer høyfrekvent årlig bruk. Gruppen består av personer med gjennomgående god rusmiddelmestring der gjennomsnitt totalavhold er 2.6 år. Vi er her inne i grensesnittet mot videre kommunal oppfølging. Sårbarheten for tilbakefall ved overganger og endringer varierer fra person til person. I dette grensesnittet, bør det derfor alltid være en faglig avveining mellom risiko for mer omfattende tilbakefall og lengden på det etablerte tilbudet.

En nyere studie på faktorer som bidrar til langvarig og konsolidert avhold viser at evnen til å forestille seg et annerledes liv og kunnskap om eksisterende behandlingsmuligheter skaper håp og forsterker motivasjonen for langvarig og konsolidert avhold (Pettersen et al., 2018). Dette berører et interessant aspekt ved høyandelsgruppen: Pasienter med en langvarig avholdsperiode som er inne på brukerstyrt seng, er synlige og tilstedeværende i hele behandlingsmiljøet ved BKHAS. Det har vist seg at pasientene i høyandelsgruppen med sine relativt jevnlig innleggelser har en viktig funksjon som formidlere av håp og motivasjon til medpasientene som er i mer tidlige faser av recoveryprosessen. Høyandelsgruppen gir derfor

tilbake et viktig og potent brukererfaringsbidrag til det miljøterapeutiske fellesskapet mens de ennå er i pasientrollen; - og representerer på den måten miljøterapeutisk verdiskaping.

5.1.4 Bruk av ressurser

De tidligste rapportene om effekten av brukerstyrte innleggelser beskriver en betydelig reduksjon i oppholdsdøgn og bruk av tvang i psykisk helsevern (Strand & von Haussenwolff-Juhlin, 2015). Dette er speilstudier uten kontrollgruppe. Enkelte senere rapporter har liknende funn (Mattsson & Durbeej, 2017). En annen studie med et mer strikt RCT-design finner derimot ingen signifikante forskjell mellom gruppen med brukerstyrte innleggelser og kontrollgruppen, men hele 40 % reduksjon i oppholdsdøgn i begge grupper (Sigrunnarson, V., Moljord, I.E., Steinsbekk, A., Eriksen, L., & Morken, G. 2017).

I den integrerte modellen for brukerstyrte senger ved BKHAS er det til enhver tid 40-50 personer som direkte eller indirekte drar nytte av et tilbudet. Dette legger årlig beslag på ca. 600 oppholdsdøgn med gjennomsnittlig samlet årlig oppholdstid på 21.5 døgn. Ser en driftsperioden på 5 ½ år under ett, utgjør gruppen med kontrakt på brukerstyrt seng i gjennomsnitt 11 % av døgnpasientene. Gruppen har brukt 4.2 % av oppholdsdøgnene, men står for 30 % av innleggelsene. De aller fleste av pasientene med kontrakt har ikke behov for andre døgntilbud enn brukerstyrte innleggelser.

I bruk av døgnressurser på spesialisthelsetjenestenivå er dette etter vår vurdering en effektiv modell som lar seg forsvare både utfra kortsiktige og mer langsiktige kost-nytte hensyn. Det ligger også betydelige synergieffekter i den organisasjonsmessige rammen for tilbudet. Fordi det øvrige døgntilbudet er organisert i funksjonsområder heller separate avdelinger/poster, er det lett å utnytte all «restkapasitet» også på de øvrige 28 døgnplassene til brukerstyrte innleggelser. Det gir en svært god ressursutnyttelse også på de ordinære døgnplassene.

5.2 Økt nytteverdi ved aktiv bruk

Svarene fra spørreskjemaundersøkelsen i 2015 viser gjennomgående stor grad av opplevd nytteverdi og brukertilfredshet hos de aller fleste pasientene med kontrakt om brukerstyrt seng. Hele 43 % av gruppen som ikke har brukt tilbudet aktivt, svarer i intervallet 6.1-10 på opplevd nytte; - noe som støtter hypotesen om at tilbudet om brukerstyrt seng også virker som støtte for mange som ikke aktivt benytter muligheten for innleggelse. Ut fra svarene i spørreundersøkelsen er det imidlertid et like entydig bilde at aktiv bruk gir enda høyere grad opplevd tilfredshet, effekt og nytteverdi.

Ut fra det foregående tyder mye på at gruppen som aktivt benytter brukerstyrte innleggelser, burde vært større. Vi ser at en del pasienter sliter med barrierer mot for første gang å melde sitt behov for brukerstyrt innleggelse. Dette kan ha flere årsaker. Noen er f.eks. usikre på hvordan de vil bli møtt første gang de møter til brukerstyrt innleggelse basert på egen vurdering. For andre er det forebyggende formålet med brukerstyrte innleggelser et brudd med tidligere krisestyrt hjelpsøkeratferd. Dette samsvarer med erfaringer fra psykisk helsevern (Gudde et al., 2013). Grad av innstilthet på å søke hjelp inngår da også som en av

fem recovery-faktorer i «*Recovery Assessment Scale*» som har vist seg særlig følsom for endringer i recoveryprosessen (Corrigan, P.W., Salzer, M., Ralph R.O., Songster, Y., & Keck, L.(2004); Moljord, 2017). Dette viser at det i en del tilfeller er nødvendig med aktive tiltak for å senke terskelen for førstegangs brukerstyrt innleggelse. Ett av tiltakene som allerede er innført i noen forløp, er å avtale konkret dato for den første brukerstyrte innleggelsen allerede ved kontraktinngåelsen.

5.3. Relasjon og samarbeidsallianse

Effektene av brukerstyrte innleggelser kan også analyseres i lys av fellesfaktorene en antar er virksomme i alle psykologisk behandlingsprosesser uavhengig av spesifikke metodevalg.

Fellesfaktorene er knyttet til håp, motivasjon, positive forventninger og korrigerende erfaringer (Nissen-Lie, 2018). Samarbeidsalliansen mellom pasient og behandler rommer på sin side opplevd trygghet, aksept og gjensidig tillit; - alle faktorer som kan ha innvirkning på utfallet av behandlingen (Ryum, Stiles & Vogell, 2009).

Fra brukerhold blir respekt ofte knyttet til opplevelsen av å bli på hørt og tatt på alvor; - mens felles beslutninger springer ut av en omforent forståelse av situasjonen (Rise et al., 2013).

Knippet med utsagn om å bli hørt og opplevelse av å bli vist tillit i forhold til egne beslutninger er ment å måle sentrale elementer i hverdagsbasert brukermedvirkning i form av kvaliteter ved relasjon og samarbeidsallianse:

- Mottagelse på Døgnavdelingen: «*Jeg opplevde meg ikke velkommen/velkommen på døgnavdelingen*»
- Ble hørt: «*Jeg opplevde ikke å bli hørt/bli hørt når jeg trengte innleggelse*»
- Tillit: «*Jeg opplever at min hovedbehandler ikke har tillit/har tillit til mine avgjørelser om innleggelse*»

Gjennomsnittsskåren for hele gruppen med erfaring fra brukerstyrte innleggelser ligger svært høyt på samtlige tre utsagn; - henholdsvis 9.19 – 9.31 og 9.20 på 0-10 skalaen. Utsagnet om tillit ble også stilt til gruppen uten innleggelser. Det noe lavere gjennomsnittsskåren på 8.59 kan tolkes i retning av at også opplevelsen av tillit styrkes gjennom faktisk overgang fra ord til handling.

Det er imidlertid et interessant trekk at hovedbehandlerne har en høy, men gjennomgående noe lavere gjennomsnittsskåre enn pasientene på de samme utsagnene. Slike forskjeller mellom pasienters og helsepersonells vektlegging og fortolkning av ulike sider ved brukermedvirkning er også beskrevet av andre (Rise et al., 2011). I en større dansk undersøkelse fant en at pasienter og helsepersonell var samstemt positive til hensikt og ideologi bak brukerstyrte senger, men hadde tydelige forskjeller i vurderinger om årsakene til den enkelte egenstyrte innleggelse og utskrivning (Ellegaard, Mehlsen, Lomborg & Bliksted, 2017b).

Forskjellen i svarprofil i vår undersøkelse kan både reflektere en viss nøktern tilbakeholdenhet i behandlerkulturen og at selve tilbudsformatet virker som katalysator på

styrken i pasientens egne håp, optimisme og indre gjenreisningsvilje. Den viser uansett viktigheten av at hvert individuelle tilbud utvikles i åpen dialog med gjensidig avstemming av forventninger og ambisjonsnivå.

Sett under ett, er uansett svarene på utsagnene på dette knippet en klar indikasjon på at tilbudet om brukerstyrte innleggelser kan bidra positivt til styrking av behandlingsrelasjon og samarbeidsallianse; og dermed også styrkning av empowerment og bedret prognose.

5.4 «Empowerment-knippet» og opplevd nytte

Legger en sammen svarene i «Empowerment-knippet», skårer alle med kontrakt om brukerstyrt innleggelse høyt på opplevd positiv endring knyttet til trygghet, kontroll og mestring. Også her skårer gruppen som har brukt tilbudet aktivt høyst; - hele 73% i intervallet 8.1-10. Hos nær halvparten av de som ikke har benyttet tilbudet aktivt ligger svarene i samme intervallet. Dette viser at bevisstheten om handlingsalternativet i seg selv øker mestringstillit og tåleevne i trengte situasjoner.

Svarene i «Empowerment-knippet» synes både enkeltvis og samlet å bekrefte det endringspotente potensialet vi har antatt ligger i brukerstyrte innleggelser som tilbudsformat innen TSB. Bevisstheten om muligheten for egenstyrt innleggelse bidrar til å øke opplevelsen av trygghet og kontroll over egen behandlingsprosess. Hele 71 % av de som aktivt har brukt tilbudet, oppgir at de har hatt svært høy nytteverdi av tilbudet.

5.5 Avsluttende kommentarer

Brukerstyrte innleggelser er et konkret tiltak for å lukke gapet mellom formell brukermedvirkning og reell brukerstyring. Brukerstyrte senger er mer et tilbudsformat enn en spesifikk intervensjon. Vi har valgt å ha hovedfokus på den katalysatoreffekten tilbudet kan ha på andre endringsfremmende faktorer og prosesser. Vi har argumentert for at effekter ikke kan analyseres som et lineære årsak-virkningsforhold; og at kost-nytte analyser i forhold til ressursbruk forutsetter et bredt anlagt longitudinelt design.

Våre erfaringer viser at tilbudet med brukerstyrte innleggelser passer svært godt for pasienter i TSB. Tilbudet har en forebyggende funksjon i forhold til tilbakefall til inntak av rusmidler og vanedannende medikamenter. Nytteverdien øker dersom tilbudet blir gitt i rett fase av et langsiktig sekvensielt behandlingsforløp og ved at tilbudet brukes aktivt.

Interessen for tilbudet fra brukernes side har holdt seg stabilt høy. I 2018 var nesten halvparten av alle innleggelsene brukerstyrte. Fra å være et avgrenset supplement har tilbudet med brukerstyrte innleggelser blitt en integrert del av det sekvensielle behandlingsforløpet til mange pasienter. Tilbudet om brukerstyrt seng er blitt uttrykk for et viktig organiserende prinsipp i utviklingen av en fasetilpasset langsiktig sekvensiell behandlingsmodell med vekt på trinnvis progresjon i recoveryprosessen.

Referanser

- Adams, R. (2008). *Empowerment, participation and social work*. New York: Pallgrave Macmillan.
- Bentzen, A.S. (2015). *Brukerstyrte innleggelser i DPS i Helse Nord. Kartlegging av brukerstyrte innleggelser med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet*. NST-rapport 05-2015. Tromsø: Nasjonalt Senter for Samhandling og Telemedisin, Universitetet i Nord-Norge.
- Borg M., Karlsson B., & Stenhammer A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser En systematisk kunnskapssammenstilling*. Rapport nr 4/2013. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Corrigan, P.W., Salzer, M., Ralph R.O., Songster, Y., & Keck, L.(2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041.
- Ellegaard, T., Bliksted V., Lomborg, K., & Mehlsen, M. (2017). Use of patient-controlled psychiatric hospital admissions: patients' perspective, *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(5), 370-377.
- Ellegaard, T., Mehlsen, M., Lomborg, K., & Bliksted, V. (2017). Use of patient-controlled psychiatric hospital admissions: mental health professionals' perspective. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(5), 362-369.
- Fretheim, A., Flottorp, S., & Oxman, A. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer* (Rapport nr. 10-2015). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Gudde, C. B., Olsø, T. M., Antonsen, D. Ø., Rø, M., Eriksen, L., & Vatne, S. (2013). Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(2), 185–190.
- Helsedirektoratet. (2009). *Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (2013). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder - tverrfaglig spesialisert behandling(TSB)*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2016). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelavhengighet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling(TSB)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Heskestad, S., & Tytlandsvik, M. (2008). Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 128(1), 32-35.
- Hibbard, J. H., & Gilbert, H. (2014). *Supporting people to manage their health. An introduction to patient activation*. London: The King's Fund.
- Lien, T., Huus, G., & Morken, G. (2016). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(3), 246-248.
- Mattsson, M., & Durbeej, N. (2017). *Självvald inläggning*. Stockholm: Centrum för psykiatriforskning.
- Moljord, I. E. O., Lara-Cabrera, M.L., Salvesen, Ø., Rise, M.B., Bjørgen, D., Antonsen, D., & Eriksen, L. (2017). Twelve months effect of self-referral to inpatient treatment on patient activation, recovery, symptoms and functioning: A randomized controlled study. *Patient Education and Counseling*. 100(6), 1144-1152
- Nutbeam, D., & Kickbusch, T. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
- Nissen-Lie, H.A. (2018). Effekten av psykodynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(6), 416-427.
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I. Biong, S., Bordahl, M., Benson, V., & Davidson, L. (2018). Why Do Those With Long-Term Substance Use Disorders Stop Abusing Substances? A Qualitative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 12(1), 1-8.
- Rise M.B., Evensen, G.H., Moljord, I.E., Rø, M., Bjørgen, D., & Eriksen, L. (2014). How do patients with severe mental diagnosis cope in everyday life - a qualitative study comparing patients' experiences of self-referral inpatient treatment with treatment as usual? *BMC Health Services Research*, 14(1), 347-358.
- Rise, M. B., Solbjør, M., Lara, M.C., Westerlund, H., Grimstad, H., & Steinsbekk, A. (2011). Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expectations*, 16(3), 266-276.

- Ryum, T., Stiles, T.C., & Vogell, P.A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(7), 651-657.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214-228.
- Sigrunnarson, V, Moljord, I.E., Steinsbekk, A., Eriksen, L., & Morken, G. (2017). A randomized controlled trial comparing self-referral to inpatient treatment and treatment as usual in patients with severe mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(2), 120-125.
- Sollied, L.I., & Helland, B.M. (2010). *Rapport fra kvalitetsutviklingsprosjektet «Brukerstyrte innleggelser – makten skifter eier. Veien til mestring av eget liv?»*. Tromsø: Døgnetenheten Tromsø, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, Universitetssykehuset Nord-Norge.
- Strand, M., & von Haussenwolff-Juhlin, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: a systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(8), 574-586.
- Støvind, H, Hanneborg, E., & Ruud, T. (2012). Bedre tid med brukerstyrte innleggelser? *Sykepleien*, 14, 58-60.
- Thomsen, C.T., Benros, M.E., Hastrup, L.H., Andersen, P.K., Giacco, D., & Nordentoft, M. (2016). Patient-controlled hospital admission for patients with severe mental disorders: study protocol for a nationwide prospective multicentre study. *BMJ Open*, 6(9), 1-7.
- Torjussen, E., Harwiss, H.L., & Havnes, I.A. (2014). *Brukermedvirkning i Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser(TSB)*. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste TSB.
- Tytlandsvik, M., & Heskestad, S. (2009). Erfaringar med brukarstyrt innlegging ved psykosepost – ein kvalitativ evalueringsstudie. *Vård i Norden*, 29(1), 49-51.

Vedlegg 1

Avtale om Brukerstyrt seng ved Blå Kors Haugaland A-senter

Pasientens navn: _____

Pasientens mobilnummer: _____

Varighet: _____

Formål: Fra brukermedvirkning til faktisk brukerstyring

Innhold:

1. Innleggelsen kan finne sted alle dager mellom kl. 08.00 og 15.00, men fortrinnsvis på ukedager.
2. Pasienten selv tar direkte kontakt med døgnenheten.
3. Inntakskriterier: Det er inntakskriterier som ved ordinær innleggelse.
4. Det er ikke innedager som ved ordinære innleggelser. Pasienten kan etterspørre innedager sett at det er behov for dette. Dette må da avtales direkte med avdelingen.
5. Personal på avdeling som kjenner pasient fra tidligere skal ta imot pasienten.
6. En forutsetning for innleggelsen er at pasienten selv er ansvarlig for å ha oppdaterte resepter/- oversikt over medisiner / medisiner med seg på innleggelsestidspunktet.
7. Maks fem døgn innleggelse. Så en karenstid på to uker
8. For øvrig gjelder de samme rammene for døgnenheten. Pasienten skal ha kjennskap til disse.
9. Pasienten forlater rommet senest klokken tolv den dagen pasienten skrives ut.
10. Kontrakten gjelder i seks måneder.
11. Det er en forutsetning at hovedbehandler og pasient har jevnlig poliklinisk kontakt i avtaleperioden – minimum 1 samtale per. måned (enten ved frammøte eller per telefon).
12. Pasienten må være kontaktbar per telefon i avtaleperioden. Dersom hovedbehandler/avdeling ikke oppnår kontakt ved gjentatt forsøk over 1 uke, er det ikke mulig å benytte brukerstyrt seng før pasienten og hovedbehandler gjennom samtale har avtalt å åpne tilbudet igjen.

Vilkårene er lest og forstått

Sted og dato _____

Pasient

Hovedbehandler

Klinikksjef eller avdelingsleder

Utdyping av kontrakt

- **Innleggelsen kan finne sted alle dager også helger ved spesielle behov:**
Det er ønskelig at innleggelsene primært skjer på dagtid (08.00-15.00), sekundært på aftenvakter (15.15- 22.30). Nattevakter må være forberedt på å ta imot telefonhenvendelser, men skal da henvise pas til dagvakten og gi pasienten et klokkeslett pasienten vil bli kontaktet på. Brukerstyrt er ikke en akuttfunksjon. I enkelte tilfeller vil det være plassbegrensning ved BKHAS som gjør at vi ikke kan imøtekomme pasientens behov for innleggelse for eksempel neste dag. Det etterstrebes da å kunne gi pasienten tilbudet så raskt en brukerstyrt seng blir ledig, maks fem dager etter pasienten kontakter BKHAS.
- **Pasienten selv tar direkte kontakt med døgnenheten:**
På dagtid er det primært ansvarshavende i ledelsen ved døgnenheten som håndterer kontakten med pasienten i forkant av innleggelsen. På andre vakter vil det være ansvarshavende. Hovedbehandler orienteres, men skal ikke ha noe direkte å gjøre med selve inngangen på innleggelsen. Pasientens henvendelse skal ikke overprøves.
- **Personal på avdelingen som kjenner pasienten fra før av skal fortrinnsvis ta imot pasienten:**
Det er en forutsetning for kontrakt om brukerstyrt seng at pasienten skal ha minimum en innleggelse bak seg, dette blir en avgjørende avgrensning for hvem som kan nyttiggjøre seg av tilbudet. Det vil etterstrebes at pasienten blir tatt imot av primærkontakt om denne er på vakt og/eller av annet personal som kjenner pas fra før. Den som tar imot pasienten skal dokumentere dette i DIPS og sende kopi av notat til avdelingsledelsen og hovedbehandler..
- **Innhold:**
Miljøterapeut kontakter den innlagte pasienten i løpet av 24 timer for en samtale. Det etterstrebes at miljøterapeuten er godt kjent med pasienten. Hovedbehandler vil forsøke å ha samtale med pasienten ila innleggelsen, men dette vil nok ikke alltid være mulig. Under innleggelsen kan pasienten delta på akupunktur og fysisk aktivitet hvis ønskelig. Pasienten skal delta på morgenmøtet i den enheten vedkommende får seng på.
- **Pasienten skal ikke være inne i et tilbakefall. Urinprøve og blåseprøve skal avlegges som vanlig ved innkommst.**
Grunnlaget for kontrakten, er pasientens funksjonsnivå og at vedkommende er observant på egen utvikling og tilbakefallsmønster/risiko. Brukerstyrt seng er ikke åpen retur når pasientens ordinære innleggelse er avsluttet. Pasienten skal fremdeles ha poliklinisk kontakt med hovedbehandler. For øvrig gjelder vanlige inntakskriterier: Møter pasienten og avgir en positiv up/alkometertest, vil vedkommende få mulighet til å kvalifisere seg inn når prøvene er negative. Pasienten mister ikke innleggelsen
- **Pasienten selv er ansvarlig for å ha oppdaterte resepter/- oversikt over medisiner med seg på innleggelsestidspunktet.**
Det vil bli skrevet en prosedyre over medisinske kriterier/vurderinger, dette skal være individuelt vurdert også i forkant av en kontrakt. En kontrakt om brukerstyrt seng innebærer at pasienten ikke underrapporterer foreskrevne legemidler og inntak av alkohol/illegale rusmidler, når dette eventuelt likevel skjer må kontrakten evalueres

- **Pasienten må selv sørge for transport til avdelingen.**
- **Tidsavgrenset, maks fem døgn, karenstid på 2 uker:**
Pasienten trenger ikke være innlagt fem døgn, men kan velge å avslutte fortere og/eller planlegge fra starten å bare være innlagt for eksempel i tre døgn.
- **Sett at pasienten er i behov for å forlenge oppholdet og/eller ha et lengre opphold skal dette søkes om og behandles på vanlig måte:**
Brukerstyrt seng kan ikke benyttes som framskutt oppstart eller som forlengelse av et ordinært tildelt døgnopphold.
- **For øvrig gjelder de samme rammene for døgnenheten. Pasienten skal ha kjennskap til disse:**
I løpet av innleggelsen bør hovedbehandler etterstrebe kontakt med pasienten, men dette er ikke en selvfølge. Innleggelsen er først og fremst avlastning og støtte for pasienten der pasienten ikke inngår i ordinært døgntilbud. Medisinansvarlig på vakt vil ha et overordnet ansvar for pasienten.
- **Kontrakten gjelder i seks måneder, så skal den evalueres sammen med hovedbehandler:**
Evalueringen kan på generelt grunnlag være med å danne et bilde av hvordan brukerstyrt seng ble benyttet
- **Pasienten forlater rommet senest klokken tolv den dagen pasienten skrives ut.**
- **Innedager:**
Innedager tilpasses individuelt, men som utgangspunkt er der ingen innedager. Dette for å muliggjøre at pas i størst mulig grad kan opprettholde andre viktige konstruktive forhold.
- **Inntakskriterier:**
Det er inntakskriterier som ved ordinær innleggelse. Møter pasienten og avgir en positiv up/alkometertest, vil vedkommende få mulighet til å kvalifisere seg inn når prøvene er negative. Pasienten mister ikke innleggelsen.
- **Dagpasient:**
En pasient som er dagpasient, kan også ha tilbud om brukerstyrt seng.
- **Morgenmøte:**
Når en pasient har en brukerstyrt innleggelse, orienterer miljøansvarlig kort om dette på morgenmøtet.

Revidert februar 2017

