

A man with a beard and a blue and white plaid shirt is looking at a smartphone. The background is dark and out of focus.

Drop-out prosjektet

Avd. for rus- og avhengighetsbehandling,
Sørlandet sykehus HF

Delrapport 1

ARAs forskningsserie 2016
Nr. 30 - 2016

Kontaktinformasjon:
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
Sørlandet Sykehus HF
Postboks 416
4604 KRISTIANSAND

Tlf. 381 32 600
www.avhengighetsbehandling.no

ISBN 978-82-91-19129-4

Drop-out prosjektet

Delrapport 1

Prehospital kontakt i avgiftningsenhetene
– vurdering av et kvalitetsforbedrende tiltak.

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling,
Sørlandet Sykehus HF

Anne Lene Årseth og John-Kåre Vederhus 18.05.2016

Styringsgruppe:

Arne T. Bie, avdelingsleder for Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA),
Sørlandet sykehus HF

Erik Torjussen, brukerorganisasjonsrepresentant fra A-larm

Björg Hjerkins, enhetsleder ved Forskning og utviklingsenheten (FoU), ARA, Sørlandet
sykehus HF

Frode Nordhelle, enhetsleder ved poliklinikken Arendal, ARA, Sørlandet sykehus HF

John-Kåre Vederhus, forsker ved FoU, ARA, Sørlandet sykehus HF

Stephane Vildalen, klinisk psykolog og nevropsykolog, ARA, Sørlandet sykehus HF

Prosjektgruppe:

Anne Lene Årseth, prosjektleder

John- Kåre Vederhus, forskningsansvarlig

Utforming av rapport: figuru.no // Foto: shutterstock.com // Trykk: Kai Hansen trykkeri.

Forord

For å øke andelen som fullfører behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), bevilget Helse- og omsorgsdepartementet prosjektmidler for 2014-15 til hvert av de Regionale helseforetakene (RHF). Overordnet mandat var å utvikle metoder og systemer som kan bidra til å redusere drop-out innen TSB. Forsknings- og utviklingsenheten (FoU) ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF) søkte og fikk midler fra Helse Sør- Øst (HSØ). I løpet av våren 2014 ble det etablert en styringsgruppe og engasjert personell til prosjektgruppen.

Drop-out prosjektet i ARA ble delt inn i tre delprosjekt, der utarbeidelse av denne rapporten var et av dem.

Det rettes en stor takk til informantene som har bidratt både med å samle inn kvantitativ data og med å dele sine meninger og erfaringer med prehospital kontakt i avgiftningsenhetene. I tillegg takkes medlemmene i styringsgruppa og ansatte ved FoU ARA, som har gitt viktige bidrag og innspill.



Innholdsfortegnelse

Forord	5
1.0 Bakgrunn	8
1.1 Formål	9
2.0 Metode	10
2.1 Prehospital kontakt ved avgiftningsenhetene i ARA	10
2.1.1 Avgiftningsenhetene i ARA	10
2.1.2 Formål med samtalene	10
2.1.3 Gjennomføring av samtalene	10
2.2 Definisjoner	10
2.3 Datainnsamling	11
2.3.1 Kvantitativ del av studien	11
2.3.2 Kvalitativ del av studien	11
3.0 Resultater	12
3.1 Kvantitative funn	12
3.2 Kvalitative funn	12
3.2.1 Relasjonsbygging	12
3.2.2 Avklaringer	13
3.2.3 Øke pasientenes mestring	14
3.2.4 Motta informasjon om pasientene	14
3.2.5 Nyttig for enhetens logistikk	15
3.3 Utfordringer med telefonkontakten	15
3.3.1 Å få tak i pasientene	15
3.3.2 Dilemma i forhold til taushetsplikten	15
3.3.3 Å bare bruke stemmen	16
3.3.4 Når forvernsarbeidet allerede har vært godt	16
4.0 Diskusjon	17
4.1 Kvantitative funn	17
4.2 Kvalitative funn	17
4.2.1 Betydning for pasientene	17
4.2.2 Betydning for enhetene	19
4.3 Forslag til forbedring av tiltaket	20
4.3.1 Annet tidspunkt	20
4.3.2 Individuell vurdering	20
4.3.3 Kontakt med pasientenes nettverk	20
4.3.4 Flere bør ha ansvar for ringingen	20
4.4 Styrker og svakheter	20
5.0 Oppsummering og anbefalinger	21
Litteraturliste	22
Vedlegg: Intervjuguide	23

1.0 Bakgrunn

Drop-out fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er en stor utfordring. Andelen som ikke fullfører påbegynt rusbehandling kan variere fra 10 % til 60 % avhengig av hvilket nivå og setting en undersøker (Brorson et al., 2013). Frafall fra behandling er assosiert med bl.a. økt fare for tilbakefall, flere reinnleggelser og dårligere psykisk og fysisk helse sammenlignet med dem som fullfører behandling (Stark, 1992). Å fullføre behandling er derfor viktig for å få et best mulig behandlingsutbytte. I tillegg til frafall etter behandlingsoppstart, er også manglende oppmøte til første behandlingskontakt et problem. Administrative data fra avgiftningsenhetene i ARA viser at opptil 20 % av pasientene har manglende oppmøte.

Formålet ved drop-out prosjektet ved ARA var å videreutvikle og implementere tiltak som kan redusere frafall innen TSB. En nylig oversiktsartikkel med gjennomgang av 20 års relevant forskning som er gjort på drop-out innen TSB, viser at det blant annet er forsket lite på alliansen mellom behandler og pasient og på behandlingsmetoder, noe som kan være avgjørende faktorer for å fullføre behandling. Lovende tiltak synes å være å avklare forventninger tidlig i behandlingsfasen, styrke pasientrelasjonen/ alliansen og styrke faktisk "oppmøtemestring", eksempelvis gjennom å gi praktisk informasjon om gjennomføringen av behandlingen (Brorson et al., 2014).

Ett av de tiltakene som var aktuelle for evaluering var et allerede igangsatt tiltak på Avgiftningsenheten ved ARA Kristiansand. De hadde siden 2011 praktisert prehospital telefonkontakt i forbindelse med pasienter som skulle komme til planlagt innleggelse. Begrunnelsen for at de hadde startet opp med dette var et ønske om både å bedre oppmøte og å starte relasjonsbygging allerede i forkant av innleggelsen. Enhetens opplevelse var at flere pasienter møtte opp til og gjennomførte avgiftning ved telefonkontakt før innleggelse. Det har imidlertid aldri vært dokumentert. Avgiftningsenheten ved ARA i Arendal hadde ikke praktisert dette før prosjektoppstart.

Inspirasjonen til tiltaket hadde ansatte på avgiftningsenheten i Kristiansand blant annet fått gjennom videreutdanning og på samlinger i nettverket for avgiftningsenheter. På samlingene ble det meldt om pilotprosjekter som hadde undersøkt om det å ringe til pasienter i forkant kunne øke oppmøtet til behandling. Det har likevel ikke lyktes å finne noen som har dokumentert eller skrevet ned sine resultater. Vi har heller ikke funnet andre studier som har sett på effekten av telefonkontakt i forkant av innleggelse i avgiftningsenhet.

For andre tiltak enn avgiftning, fant vi noen prosjekter som har sett på effekten av flere tiltak samtidig, hvor telefonkontakt i forkant av eller som en del av behandlingen var inkludert. Diakonhjemmet sykehus ved enhet for rus- og psykiatri har prøvd ut systematisk bruk av telefonkontakt som en introduksjonssamtale i prosjektet «Ut å hjelpe unge». Målet var å etablere kontakt og forebygge frafall, og telefonkontakt før første time var en del av flere tiltak organisert som en sjekklister. Prosjektet konkluderte med at å ringe pasienten før første time kan øke tilgjengeligheten til behandling og bidra til å forebygge frafall. Dette var et naturalistisk prosjekt med et begrenset antall inkluderte (N=32), så muligheten for å dra sikre konklusjoner var begrenset (Karlsen, 2015).

Også prosjektet «Drop in for drop out» ved ruspoliklinikken ved DPS Hamar hadde telefonkontakt før første time som en av flere metoder som ble prøvd ut. Fordi det var

flere tiltak som ble prøvd ut samtidig, var det vanskelig å fastslå hvilken effekt hver enkelt metode kan ha hatt på fremmøte. Konklusjonen var likevel at kontakt med pasienter i forkant av oppstart av behandling ble ansett som et tiltak som kan bidra til økt oppmøte (Kulbrandstad, 2008).

Ved Sørlandet Sykehus har prosjektet «Operasjonspasienten» ved ortopedisk avdeling prøvd ut flere tiltak samtidig hvor et av dem var å ringe til pasienter i forkant for å minne dem på timen og avklare oppmøte. Tiltakene bidro til avdelingen kunne planlegge og bruke timen til å utføre andre oppgaver der timen ble avbestilt. Dette bidro til økt effektivitet og en halvering av ventelistene (Fædrelandsvennen, 18.12.15).

1.1 Formål

Hensikten med delprosjektet var å måle og beskrive betydningen av å ringe til pasienter i forkant av planlagt innleggelse i avgiftningsenhetene i ARA. Kan en telefonsamtale til planlagt innlagte pasienter i forkant av innleggelse være med på å øke oppmøte og gjennomføring av behandling?

Styringsgruppa ga følgende mandat:

Avgiftningsenheten I ARA Kristiansand har over ett par år praktisert prehospital telefonkontakt i forkant av planlagte innleggelser. Prosjektgruppa skal dokumentere effekten av dette tiltaket.

2.0 Metode

2.1 Prehospital kontakt ved avgiftningsenhetene i ARA

2.1.1 Avgiftningsenhetene i ARA

Avgiftningsenhetene i ARA ligger lokalisert i Kristiansand og Arendal og er en del av Sørlandet Sykehus HF. Enheten i Kristiansand har ansvar for befolkningen i Vest- Agder, mens enheten i Arendal har ansvar for befolkningen i Aust- Agder. Til sammen har enhetene 24 sengeplasser, hvorav 12 er i Kristiansand og 12 i Arendal. I gjennomsnitt er det ni til elleve planlagte innleggelser i Kristiansand hver uke, og åtte- ni i Arendal. Enhetene har et beleggskrav på 85 % å forholde seg til. Begge enhetene tilbyr medisinsk avgiftning, avklaring og motivering for videre behandling. Oppholdets varighet er inntil 12 dager, med mulighet for forlengelse ved behov. Behandlingstilbudet blir tilrettelagt individuelt, men vil i hovedsak bestå av samtaler, medikamentell behandling og trimplanter. Ved enheten i Kristiansand tilbys også undervisning samt informasjonsmøte med brukerorganisasjonene AA og NA. Henvisning kommer fra fastleger, sykehusleger eller sosialtjenesten, og vurderes av et eget vurderingsteam i ARA.

Avgiftning foregår som oftest i tilslutning til videre oppfølging og behandling, og sees sjeldent som et enkeltstående tiltak.

2.1.2 Formål med samtalene

Formålet med telefonkontakten var å minne om innleggelsen, avklare om pasientene hadde mottatt innkallingen og om de ønsket å komme til innleggelse. I tillegg tenkte en at det kunne fungere som en start på en relasjonsbygging. Samtalene var ikke tenkt som en begynnende terapi eller behandling, men som en hyggelig påminnelse om innleggelsen med åpning for eventuelle spørsmål. En hadde en målsetning om å holde tonen i samtalene på et hyggelig og informativt plan.

2.1.3 Gjennomføring av samtalene

Det har vært en fast person – assisterende enhetsleder - på hver enhet som har gjennomført ringingen. Dette ble ansett som praktisk da denne personen også har oversikt over belegget på enheten.

Alle informantene hadde satt av en fast dag i uken på å ringe til pasientene. I gjennomsnitt ble det brukt 2,5 timer på selve ringingen denne dagen. I tillegg forberedte informantene seg på samtalen ved å lese gjennom henvisningene og vurderingsnotatene. Hver samtale varte mellom 0,5 - 12 minutter. Den lengste samtalen varte 45 minutter, men var unntaket. Hvis det ikke ble oppnådd kontakt med pasientene etter første gangs ringing, prøvde informantene å oppnå kontakt senere. Ved ikke oppnådd kontakt etter annen gangs ringing, tok informantene ofte kontakt med samarbeidspartnere eller nærmeste pårørende som man via journal så at pasientene hadde hatt kontakt med. Det gikk også noe tid med til å journalføre telefonkontakten i etterkant.

2.2 Definisjoner

For å kunne sammenligne oppmøte og frafall ved avgiftningsenhetene ved ringt/ikke ringt, ble ikke møtt i dette prosjektet definert som:

- Når pasienten ikke møter opp til avtalt tid/planlagt innleggelse innen kl. 14 innleggelsesdagen uten å ha gitt beskjed.

Og drop-out fra behandling definert som:

- Når pasienten avbryter behandling/ velger å avslutte mot enhetens råd – før de er ferdigbehandlet.

2.3 Datainnsamling

Det ble gjennomført både en kvantitativ og en kvalitativ datainnsamling.

2.3.1 Kvantitativ del av studien

Design

Alle pasienter som var planlagt innlagt ble inkludert i studien. Det ble gjort en kvasi-eksperimentell sammenligning av en periode uten telefonkontakt på forhånd med en fase der en systematisk forsøkte å ringe alle pasientene på forhånd. I første fase ble ingen ringt til i forkant av planlagt innleggelse. Enheten som allerede hadde påbegynt med slik oppringing tok en «pause» for å få en baseline måling uten ringing. Det som ble registrert var demografiske data (alder og kjønn), hvilken type innleggelse (kun avgiftning eller avgiftning for videre behandling), om pasienten hadde møtt eller ikke møtt, eventuelt årsak til at pasienten ikke møtte (med eller uten beskjed) og om avgiftningen ble fullført.

I fase 2 ble prehospital kontakt gjennomført. Alle pasientene som var planlagt innlagt i døgnbehandling på avgiftningsposten ved ARA ble ringt til i forkant av innleggelsen. Denne perioden varte i 12 uker. I tillegg til variabler som ble registrert i første fase, ble resultatet av oppringingen kategorisert (om en oppnådde kontakt, om pasienten takket nei, om han/hun ønsket utsettelse innenfor en uke, eller uttalte at han/hun ville møte). Ved ikke oppnådd kontakt ved første gangs ringing, ble pasientene forsøkt kontaktet igjen. Det var samme person som ringte til pasientene som registrerte dataene i hver fase.

Dataene på oppmøtefrekvens og fullført avgiftningsopphold i første fase ble så sammenlignet med perioden hvor ringing ble gjennomført. Enkel statistikk ble brukt; en sammenlignet andelen som møtte/ikke møtte og andelen som fullførte/ikke fullførte i de to periodene med hjelp av Kji-kvadrat test. Statistikk programmet IMB SPSS (versjon 21) ble brukt til analysen.

Data ble oppbevart i sikret, internt datasystem. Det ble brukt avidentifisering med kode. Manuell kodeliste ble oppbevart innelåst.

2.3.2 Kvalitativ del av studien

For å kunne beskrive betydningen av å ringe til pasienter før planlagt innleggelse, ble det gjennomført intervjuer av de tre ansatte som foretok og registrerte ringingen. Det ble benyttet halvstrukturert intervjuguide (Vedlegg), og intervjuene ble analysert etter systemisk tekstkondensering ut fra Malterud (2003) sine fire trinn. Temaer for samtalerne var innholdet i telefonsamtalene, reaksjoner fra pasientene på oppringingen, ressursbruk, tanker om nytte – ikke nytte av samtalerne, den ansattes opplevelse av telefonsamtalene, utfordringer ved ringingen og forslag til eventuelle forbedringer. Det ble tatt notater under intervjuene, som så ble renskrevet i etterkant. Det renskrevne notatet ble deretter sendt til vedkommende som ble intervjuet for gjennomlesing og eventuelt korrigerings. Notatene ble så gjennomlest igjen, kodet, sortert og gjennomgått på nytt. Tekstene med samme innhold ble skrevet sammen og fortettet, før hvert tema ble gjennomgått og tekstbitene satt sammen igjen. Hvert intervju varte i gjennomsnitt en time. Informantene er anonymisert slik at ingen kan gjenkjenne hvem som har sagt hva.

Prosjektet ble framlagt til vurdering hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som konkluderte med at prosjektet falt utenfor helseforsikringsloven. Det trengtes derfor ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre studien. Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

3.0 Resultater

3.1 Kvantitative funn

Til sammen ble 414 inkludert i studien, av disse var 214 i første fase (uten ringing) og 200 i andre fase (med ringing). Gjennomsnittsalder var 38 år (SD=13) og 125 (30 %) var kvinner.

I fasen uten ringing møtte 120 (56 %) av pasientene til enheten, i andre fase (med ringing) møtte 123 (62 %). Det var altså en 6 % høyere andel som møtte i fasen med oppringing, men forskjellen var ikke signifikant ($X^2 = 1.3$, $p = 0.26$).

I ringefasen fikk en kontakt med halvparten av pasientene. Den andre halvparten nådde man ikke per telefon, men det ble tatt kontakt med samarbeidspartner/henviser i 16 % av disse sakene.

Av de 243 som møtte til behandling manglet det opplysning om fullføring på tre personer. Det var 43 (18 %) som avbrøt behandlingen. Fullføringsandelen i de to fasene var på 84 % og 80 % i henholdsvis fase 1 og 2, altså 4 % lavere i fasen med ringing, men forskjellen var ikke signifikant ($X^2 = 0.71$, $p = 0.40$).

Basert på en logistisk regresjonsanalyse var verken kjønn og alder signifikante forklaringsvariabler på å møte til eller å fullføre behandling. Det var likevel en tendens til en samvariasjon mellom økende alder og fullføring (OR = 1.03, 95 % KI = 1.00 – 1.05, $p = 0.08$).

Det var ingen forskjeller i beleggprosent i de to periodene, på begge stedene var det en liten reduksjon fra fase 1 til fase 2, fra 77 % til 76 % i Arendal og fra 84 % til 82 % i Kristiansand.

3.2 Kvalitative funn

Informantene var usikre på om telefonsamtalene var med på å øke oppmøte og gjennomføring av avgiftning. De hadde en opplevelse av at de fleste de nådde via telefon hadde tatt en avgjørelse på forhånd:

”Det virker som om mange av dem som kommer etter å ha mottatt samtalen, i utgangspunktet hadde bestemt seg for om de ønsker å komme til innleggelse eller ikke, og at telefonsamtalen ikke endret deres standpunkt”.

Likevel mente informantene at samtalene var nyttige og hadde betydd noe for dem man hadde nådd. I tillegg ble de også ansett som nyttige for enheten og dens ansatte. Informantene mente at telefonsamtalene hadde vært nyttige i forhold til:

3.2.1 Relasjonsbygging

Telefonsamtalene ble ansett som nyttige i forhold til å starte relasjonsbygging i forkant av innleggelsen, og at den har vært med på å bidra til at pasientenes opplevelse av innleggelsen har blitt bedre. Informantene begrunnet dette med:

Positive tilbakemeldinger fra pasientene

Alle informantene opplevde telefonsamtalene som utelukkende positive:

”Jeg har aldri opplevd at noen har opptrådt ufint under telefonsamtalen, eller at noen



JEG HAR ALDRI
OPPLEVD AT NOEN
HAR OPPTRÅDT
UFINT UNDER
TELEFONSAMTALEN,
...

har "slengt på røret". Det er mange som har takket for at jeg ringte".

De fleste av pasientene viste interesse for hvorfor informantene ringte og gav uttrykk for at de satt pris på samtalen: "På slutten av samtalen har flere sagt at det var hyggelig at jeg tok meg tid til å ringe, og pekt på at det var god service. Mange takket for samtalen, og flere ga tilbakemelding på at de under samtalen opplevde å bli tatt på alvor og møtt på en respektfull og ryddig måte."

Gjenkjennelse og kontakt

Informantene opplevde at det ble etablert en kontakt mellom dem og de pasientene de hadde telefonkontakt med:

"Når pasientene jeg har ringt til har kommet til innleggelse, har jeg av og til hilst og kommentert at vi har snakket sammen på telefonen før innleggelsen. Pasientene har da ofte reagert med gjenkjennelse og jeg opplevde at det allerede var skapt en kontakt".

3.2.2 Avklaringer

Informantene mente at samtalerne var med på å avklare om pasientene hadde mottatt tilbudet om avgiftning og kom til innleggelse, praktiske forhold samt ambivalens til innleggelsen:

Om pasientene hadde mottatt tilbudet om avgiftning og kom til innleggelse

Det ble oppnådd en avklaring i de fleste samtalerne om hvorvidt pasientene kom til innleggelse. De fleste av pasientene som sa at de ville komme, kom. Noen av pasientene som ble ringt til var faktisk ikke klar over at de hadde fått plass til avgiftning:

"Jeg møter også på pasienter som ikke er klar over at de har fått plass til innleggelse. For eksempel opplevde jeg å få kontakt med en far som kunne opplyst om at sønnen ikke var klar over at han skulle til innleggelse da han hadde fått ny adresse, og at det var viktig at jeg prøvde videre for å få tak i han".

Andre pasienter ba om å få utsettelse på innleggelsen. Dette ble som regel innvilget. I tillegg opplevde informantene at de flere ganger fikk opplysninger om at den man prøvde å nå enten var innlagt på andre avdelinger eller hadde startet avgiftning via annen oppfølging eller på egen hånd:

"Andre ganger blir samtalen en avklaring som når for eksempel vedkommende jeg ringte til opplyste om at han allerede hadde begynt nedtrapping via poliklinikken. Jeg ringte da til poliklinikken for å få dette bekreftet og avbestilte plassen til avgiftning da dette stemte".

En av informantene opplevde et par ganger at den pasienten hun prøvde å komme i kontakt med var død uten at enheten hadde fått beskjed.

Praktiske forhold

Under samtalerne ble det ofte avklart flere praktiske forhold og forventinger Dette gjaldt både for de pasientene som ikke hadde vært innlagt til avgiftning før, og pasienter som hadde erfaring med enheten. I følge alle informantene hadde de fleste av pasientene

som regel spørsmål rundt det praktiske i forbindelse med innleggelsen:

”Jeg har opplevd at noen av pasientene jeg har ringt til under samtalene har sagt at de har sett for seg at avgiftningsposten har felles sovesal med mange dårlige pasienter. Jeg kan da oppklare dette og fortelle at de blant annet får eget rom med bad og at de kan ha kontakt med omverdenen/jobb/familie via PC og mobiltelefon mens de er innlagt”.

Andre spørsmål har vært hvor lenge innleggelsen vil vare, om det er aktiviteter på avdelingen, informasjon avdelingens rutiner, hvor avdelingen ligger lokalisert, transport til innleggelsen, om det er mulighet for å komme senere enn oppgitt klokkeslett, hva som er betydningen av ”videre behandling vurderes underveis” og avdelingens holdning til bruk av rusmidler.

Ambivalens

Informantene opplevde under samtalene pasienter som uttrykte ambivalens for å komme til innleggelse:

”Hvis den jeg ringer til uttrykker ambivalens overfor innleggelsen, verken maser eller pålegger jeg vedkommende om å komme. Jeg er derimot tydelig på at tilbudet står ved lag og at vedkommende er velkommen hvis valget faller på innleggelse. Jeg gir også informasjon om at avdelingen ønsker å få beskjed om pasientens valg dagen før innleggelse. De fleste ringer da og gir beskjed innen fristen”.

En av informantene ba ved opplevd ambivalens om lov til å ringe til pasientens oppfølger(e) hvis hun av journalnotat vurderte det slik at vedkommende burde vært innlagt. Grunnen til dette var for å kunne informere pasientens oppfølger(e) om ambivalensen, samt en vurdering om at den som kjenner pasienten best også er best egnet til å vurdere pasientens behov for innleggelse.

3.2.3 Øke pasientenes mestring

Informantene mente at samtalene var med på å styrke pasientenes opplevelse av mestring og ansvar:

”Jeg ser telefonsamtalen som noe positivt og nyttig i forhold til å forberede pasienten på oppholdet. Spesielt noen av de yngre som skal inn til avgiftning for narkotikamisbruk kan føle seg redde, små og usikre, og derfor trenge bekræftelse og trygghet på at de er ventet. Det kan også være vanskelig for de litt eldre som er velutdannede og kommer inn for avgiftning i forhold til alkoholmisbruk. Den informasjonen som gis, og å få snakke med en høflig, voksen person som tar deg på alvor og ikke behandler deg nedlatende, kan være med på å gjøre det lettere for dem å danne seg et riktig bilde av oppholdet og hva som kan møte deg. Dette kan gjøre hele situasjonen lettere for dem”.

Gjennom samtalene mottok pasientene informasjon om innleggelsen, og praktiske forhold og forventninger ble avklart. I tillegg kan det å bli ringt til på forhånd og ønsket velkommen på en høflig og respektfull måte ha gitt pasientene trygghet og bekræftelse på at de var ventet.

3.2.4 Motta informasjon om pasientene

Alle informantene trakk fram at de ved å ringe pasientene i forkant av innleggelsen fikk en del informasjon om pasientene som de ellers ikke ville fått:

«Jeg har fått tilbakemelding fra de andre som jobber på avdelingen at de opplever samtalene som praktisk i forhold til videre behandling på avdelingen. Jeg får ofte spørsmål fra personalet, og da spesielt fra legene på avdelingen, om jeg har hatt kontakt med pasientene som skal innlegges, og om det var noe spesielt som kom fram under samtalen som kan ha betydning for oppholdet».

Informasjonen kom både gjennom samtalene med pasientene og/eller andre samarbeidsaktører, men også ved å forberede seg til samtalene ved å lese henvisning og vurderingsnotat. I tillegg journalførte de fleste informantene samtalene i DIPS, noe som gjorde at viktige avklaringer og opplysninger om pasientene var tilgjengelig for personalet på enhetene.

3.2.5 Nyttig for enhetens logistikk

Informantene opplevde at telefonkontakt med pasientene i forkant av innleggelse var nyttig for enhetens logistikk og forutsigbarhet:

«En annen positiv effekt av ringingen jeg ser, er at når det under samtalen blir bekreftet at pasienten ikke kommer kan avdelingen tilby plassen til andre pasienter, samt at posten får en større forutsigbarhet over ledig plass og kapasitet».

Det ble lettere å holde oversikt over ledig kapasitet og en større forutsigbarhet for enhetene når man på forhånd visste når pasienter ikke kom til innleggelse. Plassen ble da frigjort, og man kunne ta imot for eksempel akutte innleggelser eller tilby plassen til andre som var henvist.

3.3 utfordringer med telefonkontakten

3.3.1 Å få tak i pasientene

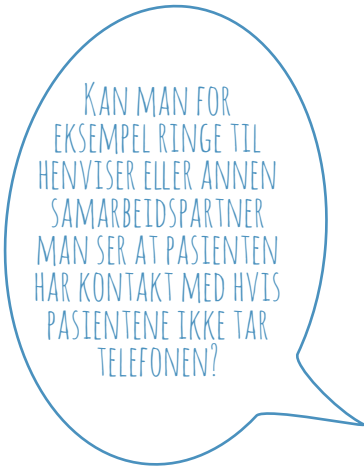
Informantene var enige om at den største utfordringen var å få tak i pasientene på telefon:

«Å få tak i folk var mest utfordrende. Jeg brukte noen ganger en del tid på dette. Måtte kanskje ringe flere ganger da det ikke alltid var svar. Eller gå gjennom journal for å finne samarbeidspartnere som hadde vært i kontakt med pasienten og kanskje visste noe».

Noen av pasientene hadde byttet telefonnummer og adresse uten at dette var oppdatert i journalen. Andre tok ikke telefonen, noe man antok blant annet kunne være på grunn av det tidlige tidspunktet det ble ringt på. Informantene antok at de nådde halvparten av de pasientene som var aktuelle. Dette viste seg å stemme svært godt med det som ble registrert i den kvantitative del av studien.

3.3.2 Dilemma i forhold til taushetsplikten

Alle informantene opplevde også et dilemma i forhold til taushetsplikten når man ikke fikk tak i pasientene på telefon og ønsket å «nøste» litt: *«Kan man for eksempel ringe til henviser eller annen samarbeidspartner man ser at pasienten har kontakt med hvis pasientene ikke tar telefonen?»*



KAN MAN FOR
EKSEMPEL RINGE TIL
HENVISER ELLER ANNEN
SAMARBEIDSPARTNER
MAN SER AT PASIENTEN
HAR KONTAKT MED HVIS
PASIENTENE IKKE TAR
TELEFONEN?

Når informantene var usikre på om de kunne kontakte andre samarbeidspartnere, forsikret

de seg om at dette var innenfor taushetsplikten før de kontaktet andre enn pasienten.

3.3.3 Å bare bruke stemmen

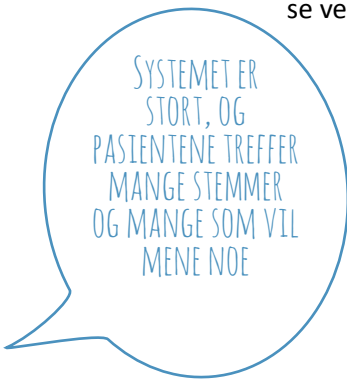
Det ble av og til en utfordring at en ikke kunne snakke med pasientene ansikt til ansikt: *«Det som er annerledes med å snakke med pasientene på telefonen og ikke ansikt til ansikt, er at man ikke bruker hele kroppen som kommunikasjonsmiddel. Når man møtes fysisk er det mye man kan spille på for å vise at man er nysgjerrig. Ved telefonkontakt må man velge ordene godt. Og hvor lenge kan man for eksempel være taus?»*

Informantene var bevisst på denne forskjellen, og valgte ordene de brukte godt. De ønsket å fremstå som seriøse, samtidig som tonen var lett og ledig.

3.3.4 Når forvernsarbeidet allerede har vært godt

En av informantene hadde noen ganger vært redd for at hun kunne ødelegge et godt forvernsarbeid ved å ringe til pasientene. Dette var spesielt i de tilfellene hvor hun i forkant av samtalene hadde lest at den hun ringte til var ambivalent til å legges inn: *«Systemet er stort, og pasientene treffer mange stemmer og mange som vil mene noe».*

Informanten trødde varsomt i disse tilfellene slik at hun ikke framprovoserte en avgjørelse vedkommende ikke var klar for.



4.0 Diskusjon

4.1 Kvantitative funn

Det var 6 % høyere oppmøte til behandling i fasen med ringing, men forskjellen var ikke signifikant. Man kan tolke dette som lovende, men det var altså ikke tilstrekkelig til at man kan si at ringingen hadde en vesentlig betydning for oppmøtet. Vi har ikke funnet sammenlignbare data når det gjelder effekten av prehospital telefonkontakt innenfor rusfeltet.

Andelen som fullførte var noe lavere i fasen med ringing, selv om heller ikke dette var signifikant. Fullføringen var altså uavhengig av om man ringte eller ikke ringte. Hypotesen om at telefonkontakt skulle bedre fullføring ved at man fikk en bedre relasjon med pasienten synes derfor ikke å være gyldig. I dette materialet fant man altså ingen variabler som kunne forklare forskjellen i verken oppmøte eller fullføring.

På tross av at informantene opplevde at telefonkontakt med pasientene i forkant av innleggelse var nyttig for enhetens logistikk, så det ikke ut til at dette betydde noe for beleggspersent.

4.2 Kvalitative funn

Tiltaket ble etablert på bakgrunn av et ønske om å bedre oppmøte og starte relasjonsbygging før innleggelse. Funnene viser at tiltaket har blitt opplevd som positivt og viktig til tross for at de kvantitative funnene ikke kunne bekrefte at det ble en økning i oppmøte.

De positive erfaringene med prehospital telefonkontakt kan deles inn etter betydning for pasientene og betydning for enhetene:

4.2.1 Betydning for pasientene

Bli minnet på timen

Telefonkontakten fungerte som en påminnelse om innleggelsen. Det er ofte en lang ventetid mellom henvisning og innleggelse. Vanlig ventetid er i vanligvis 4 uker, men i enkelte tilfeller kan det forekomme ventetid på et spenn på mellom 2- 12 uker. Det kan derfor være vanskelig for noen å både huske på dato for innleggelsen, og å få organisert seg slik at de kommer til innleggelse. Spesielt viktig er det å få minnet dem som ikke har mottatt innkallingsbrevet på innleggelsen. I tillegg til praktiske problemer som gjør at det er vanskelig å være klar over innleggelsen, kan rusmiddelbrukere og være preget av nedsatt kognitiv funksjon, slik som nedsatt hukommelse og svekket oppmerksomhet (Darke et al., 2000). Behandling rettet mot pasienter med nedsatt kognitiv funksjon bør bli justert etter pasientens funksjonsnivå. Å bli ringt til i forkant og påminnet timen kan derfor være et nyttig tiltak for å hjelpe til å bedre organiseringen av innleggelsen.

Fange opp ambivalens

Hos personer med rusmiddelproblemer er ofte ambivalens fremtredende. Motivasjon for behandling og endring kan svinge (Årstad, 2012). Det er derfor viktig at det blir jobbet med pasienters ambivalens. Ruspoliklinikkene og kommunene har ofte en fremtredende rolle her. Funnet fra rapporten om pasientforløp og drop-out i overgang mellom ARA og de private institusjonene viser at det ble etterlyst et mer aktivt arbeid med pasienters motivasjon for videre behandling (Gallefoss og Årseth, 2016). Erfaringene var at pasienter som kom til innleggelse uten å ha hatt en stabil oppfølging i poliklinikken, ofte var mindre

motivert for behandling. Gjennom samtalene fanget informantene opp om pasientene var ambivalente til innleggelsen. Ved sterk ambivalens og der informantene mente at pasienten var i behov for avgiftning, ba de pasientene om godkjenning til å ringe samarbeidspartnere. På denne måten fikk pasientene støtte og mulighet til å gjennomføre tiltaket på tross av ambivalens. Samtidig ble pasientene møtt med en aksepterende holdning til at ambivalens ofte forekommer ved endringsarbeid.

Motta informasjon

Viktigheten av nok informasjon om behandlingstilbudet er presisert i en nylig utgitt nasjonal veileder. At pasientene mottar fortløpende informasjon er avgjørende for at de skal få mulighet til innflytelse og optimale valg (Helsedirektoratet, 2015). Helsepersonell har også en plikt til å gi pasientene nødvendig informasjon om innholdet i hjelpen som tilbys (Helsedirektoratet, 2016). En rapport om pasientforløp og drop-out i overgang fra ARA til videre behandling i private døgninstitusjoner viser at det er en utfordring med manglende informasjon om behandlingen for pasientene som mottar hjelp i ARA (Gallefoss og Årseth, 2016). Dette er ikke en enestående utfordring bare for ARA, men gjenkjennes også nasjonalt. For eksempel viser funn fra en nasjonal undersøkelse om pasienterfaringen med døgnopphold i TSB at bare halvparten av pasientene har fått tilfredsstillende informasjon om behandlingen (Haugum og Iversen, 2014).

Telefonsamtalen ansees derfor som et viktig bidrag for at pasientene skal få nok informasjon om behandlingen.

Starte relasjon

I en gjennomgang av 20 års relevant forskning som er gjort på drop-out innenfor TSB, konkluderes det med at man ved å se på forhold hos pasienten ikke finner noen entydige årsaker som kan øke faren for frafall. Dårlig allianse mellom behandler og pasienter ansees derimot som en av de viktigste årsakene til frafall (Brorson et al., 2014).

Betydningen av en sterk allianse mellom behandler og pasient blir også understreket i en nylig utgitt nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Her understrekes det at: «Behandlingsutbytte er påvirket av en god behandlingsallianse og relasjon. En god relasjon mellom pasient og behandler er ofte en forutsetning for god kartlegging, utredning, behandling og oppfølging» (Helsedirektoratet 2016, s.23: 2.2). Videre henstilles det til at det i startfasen av en behandling bør være størst fokus på å etablere en allianse.

Allianse kan defineres som de følelsene og holdningene som pasient og behandler har for hverandre, og hvordan disse uttrykkes (Gelso & Carter, 1985, 1994). En god behandlingsallianse reduserer risikoen for frafall fra behandlingen (Brorson et al., 2014) og innebærer samhandling, trygghet, likeverd og troverdighet. Sett fra informantens side, viser funnene at relasjonen til pasientene ble styrket. Dette ble begrunnet med at det kun var positive tilbakemeldinger fra pasientene på telefonkontakten, og en opplevelse av en allerede etablert kontakt da de kom til innleggelse.

Øke trygghet og mestring

Ofte er avgiftning en oppstart til videre behandling. Overganger er sårbare, og pasientene kan være usikre og gruer seg til å begynne på eller gå inn i en ny fase av behandlingen. Informantene hadde en formening om at samtalene var med på å gi pasientene økt trygghet og mestringsopplevelse samt et større ansvar for behandlingen. Dette ble begrunnet med at pasientene ble bedre forberedt på innleggelsen, både ved å få infor-

masjon og ved å avklare forventinger og oppmøte. Formålet med samtalen var også å møte pasientene på en høflig og respektfull måte, noe som kunne være med på å skape trygghet og bekreftelse på at de var ventet og kom til å bli møtt med respekt og empati. Dette er i tråd med nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet som sier at de første samtalene har en stor betydning for relasjonen mellom behandler og pasient. Behandlers empati, engasjement, respekt og trygghet er i denne fasen sentralt (Helsedirektoratet, 2016,s.23: 2.2).

4.2.2 Betydning for enhetene

Enheterens logistikk

Telefonsamtalene førte til at enhetene i god tid før innleggelsesdatoen kunne forsikre seg om at pasientene var klar over at de var tilbudt innleggelse, og om pasientene planla å komme. De fleste som sa at de kom, kom. Der det ble klart at pasientene ikke var i behov for avgiftning, kunne plassen tilbys andre pasienter. I et par tilfeller ble det avklart at pasientene var døde uten at enheten hadde fått beskjed. Der hvor pasienter takket nei til innleggelse, kunne enhetene tilby plassen til andre pasienter. Det samme gjaldt der hvor pasienten ønsket og fikk innvilget utsettelse. I tillegg avdekket telefonsamtalen eventuell ambivalens for innleggelsen, og en kunne ved behov sjekke med henviser om pasienten trengte lengre forarbeid før vedkommende ble innlagt. Til sammen førte dette til at enhetene oppnådde en større forutsigbarhet og oversikt over ledig plass og kapasitet, noe som var med på å bedre enheterens logistikk.

Motta informasjon om pasientene

Vanlig praksis for å motta informasjon om pasientene som kommer til innleggelse er at den som får ansvar for å ta imot pasienten innhenter opplysninger via pasientenes journal. Oftest blir henvisningen og eventuelle andre relevante notater gjennomgått samme dag som pasienten kommer til innleggelse. Ved å ringe til pasientene i forkant fikk enhetene mer informasjon om pasientene som var relevante for innleggelsen, og da via pasientene selv. Dette var informasjon som de nødvendigvis ikke hadde fått hvis samtalen ikke hadde funnet sted. I tillegg fikk informantene som ved tidligere praksis informasjon om pasientene ved å gjennomgå henvisning og vurderingsnotat for å forberede seg til telefonsamtalen, men forskjellen ved ringingen var at denne informasjonen ble innhentet tidligere enn før. Tilsynsrapporter viser at å tilrettelegge tilbudene slik at de dekker de individuelle behovene er en utfordring (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2016, 2.3.3). God nok kjennskap til pasientene er en forutsetning for å kunne gi pasientene relevant behandling tilpasset hver enkelt sitt behov (Meld. St. 47, 2008- 2009). Således kan tiltaket være med på å tilpasse behandlingen individuelt.

Man kan stille spørsmål ved om hvorfor enhetene på forhånd ikke var informert av aktuelle samarbeidspartnere om at for eksempel pasientene allerede var avgiftet, i nedtrapping via poliklinikkene eller var ambivalente til innleggelsen. Innleggelse i avgiftningsenhet er sjeldent et enkeltstående tiltak uten at det foreligger en plan for videre oppfølging eller behandling (Helsedirektoratet.no, 2016). Som regel har pasientene også i forkant av behandlingen mottatt oppfølging og hjelp, enten fra ARA eller kommunen. Det er da viktig at det er et nært samarbeid med alle involverte aktører (Meld. St. 30, 2012, kap. 6.3). Som tidligere beskrevet i rapporten om pasientforløp og drop-out i overgang fra ARA til videre behandling i private døgningstusjoner (Gallefoss og Årseth, 2016) er både avklaring av hvilke roller og ansvar hver enkelt aktør innehar, samt samarbeid både mellom enhetene i ARA og mellom ARA og andre involverte aktører en utfordring. Dette gjelder også informasjonsutveksling, noe som kan gi en forklaring på hvorfor enhetene ikke alltid

var informert om pasientene. Disse utfordringene er også noe som gjenkjennes nasjonalt (Meld. St. 47, 2008- 2009). I tillegg til å motta informasjon om pasientene, tok enhetene kontakt med aktuelle samarbeidspartnere der det var behov. Tiltaket vil således kunne være et bidrag til å bedre samhandlingen mellom de ulike aktørene.

4.3 Forslag til forbedring av tiltaket

Selv om informantene opplevde samtalene som positive og nyttige, fortalte de også om noen utfordringer. Den største utfordringen var å nå pasientene, og det ble antatt at man nådde halvparten av dem som var aktuelle. Til dette gikk det med tid til blant annet å finne riktig telefonnummer og å forsøke å ringe pasienten opp igjen der man ikke oppnådde kontakt ved første forsøk.

For å bedre tiltaket ble følgende foreslått:

4.3.1 Annet tidspunkt

For å nå flere pasienter, kan ringingen foretas på andre tidspunkter enn dagtid. Ofte kan pasientene ha en annen døgnrytme, noe som kan gjøre at de er mer tilgjengelige på ettermiddag/kveld. Dette fordrer at det er flere ansatte enn assisterende enhetsleder som har ansvar for ringingen.

4.3.2 Individuell vurdering

Man kan vurdere i hvert enkelt tilfelle om pasienten er i behov av telefonkontakt. Av erfaring er det ofte ikke nødvendig å ringe konsekvent til alle pasientene. Ofte ser man via journal at det er andre instanser som har god kontakt med pasientene og som har minnet på og forberedt pasientene på innleggelsen.

4.3.3 Kontakt med pasientenes nettverk

Man kan i større grad kontakte pasientens henviser eller samarbeidspartnere der hvor man ikke når pasienten. Ofte kan disse være informert om hvor pasienten befinner seg, hans/hennes telefonnummer og om pasienten ønsker innleggelse.

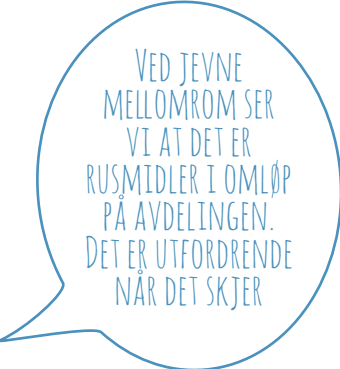
4.3.4 Flere bør ha ansvar for ringingen

Informantene var enige om at det er en styrke i å ha en fast dag i uken å gjennomføre ringingen på. Ringingen blir på denne måten satt i system, noe som kan gjøre det lettere å gjennomføre tiltaket.

Det var imidlertid uenighet blant informantene om det er en styrke eller svakhet at det har vært en person som alene har gjennomført ringingen. Noen mente at dette er en fordel fordi det da er lett å ha oversikt slik at ringingen ikke "flyter ut". Andre mente at det bør være to personer som utfører ringingen fordi det kan være sårbart at det kun er en person som ringer med tanke på sykdom eller kurs og lignende. I tillegg kan det være godt å ha andre å drøfte samtalene og eventuelle problemstillinger med.

4.4 Styrker og svakheter

Styrken i den kvantitative studien var at man systematisk sammenlignet to perioder med og uten tiltak (ringing) og fikk et relativt stort utvalg av pasienter. Konklusjonen vedrørende de kvantitative funnene må derfor kunne ansees som gyldige og godt fundert. Informantene i den kvalitative studien ble valgt fordi de var de nærmeste til å kunne uttale seg om praksisen; de hadde foretatt selve ringingen. På grunn av at det var få personer involvert i dette arbeidet, ble det derfor av praktiske grunner ikke inkludert flere enn tre personer. Det kunne vært ønskelig også å få pasientenes erfaring og opplevelse av å bli ringt til, men det lå utenfor det prosjektet hadde mulighet til.



VED JEVNE
MELLOMROM SER
VI AT DET ER
RUSMIDLER I OMLØP
PÅ AVDELINGEN.
DET ER UTFORDRENDE
NÅR DET SKJER

5.0 Oppsummering og anbefalinger

Funnene viser at prehospital telefonkontakt ble opplevd som et nyttig og positivt tiltak til tross for at det kun var en liten økning i oppmøte (6 %). Det ble ikke observert noen økning i andelen som gjennomførte behandlingen. Telefonkontakten var med på å starte en relasjonsbygging allerede i forkant av innleggelsen. Pasientene ble minnet på timen, og de fikk informasjon som hadde betydning for innleggelsen. Dette kunne gi økt trygghet og mestring knyttet til innleggelsen. Den som foretok ringingen hadde mulighet til å fange opp en eventuell ambivalens, og dette ble ofte formidlet videre til aktuelle samarbeidspartnere. På denne måten fikk pasientene støtte og mulighet til å gjennomføre avgiftningen på tross av ambivalens. For enhetene førte tiltaket til at man kunne sikre seg at pasientene hadde mottatt innkallingen og om de ønsket å komme. Der hvor pasientene takket nei eller ba om utsettelse, kunne enhetene tilby plassen til andre pasienter. I tillegg var samtalene med på at enhetene kunne motta informasjon om pasientene som var relevante for innleggelsen. Denne informasjonen ble gjennom tiltaket innhentet tidligere enn ved vanlig praksis, og den ble mer utfyllende ved at enhetene snakket med pasientene selv og ikke bare hentet informasjon fra journal eller fra samarbeidspartnere.

Den største utfordringen ved tiltaket var å nå pasientene, og man nådde halvparten av dem.

Som tidligere nevnt er lovende tiltak for å redusere drop-out styrking av pasientrelasjonen, styrke oppmøte mestring og avklare forventinger tidlig i behandlingsfasen. Funnene viser at telefonkontakt i forkant av innleggelse kan være et bidrag til dette. For å nå flere pasienter kunne det være ønskelig å gjennomføre ringingen på et senere tidspunkt på dagen, og flere ansatte kunne hatt ansvar for å gjennomføre den. Ved å implementere rutiner for å kontakte pasientens henviser eller samarbeidspartner kan man få informasjon som er nødvendig for å komme i kontakt med pasienter man ikke når. Samarbeid mellom de involverte partene kan også styrke pasienters mulighet til å få gjennomført behandlingen på tross av eventuelt ambivalens. Der man ser at forvernsarbeidet har vært godt kan man forta en individuell vurdering av om det er behov for å ringe pasienten.

For videre utvikling av tiltaket hadde det vært nyttig å kartlegge pasientenes egne opplevelser og erfaringer med telefonkontakten, i tillegg til hva de anser som nyttig med tiltaket og hva som kan forbedres.

Litteraturliste

Brorson, H., Arjo Arnevik E., Rand-Hendriksen, K., Duckert F.: Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 2013;33(8):1010-24

Darke, S., Sims, J., McDonald, S., Wiches, W. (2000). Cognitive impairment among methadone maintenance patients. *Addiction*, 95(5), 687-696.

Gallefoss, L., Årseth, A.L. (2016). Drop-out prosjektet Delrapport 2 Pasientforløp og drop-out i overgang fra Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) Sørlandet Sykehus HF til videre behandling i private døgninstitusjoner. Sørlandet Sykehus. Kristiansand.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155–243.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296–306.

Haugum M, Iversen H (2014). Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kunnskapssenteret. Oslo.

Helsedirektoratet. (2016), Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>, 15.04.16.

Helsedirektoratet.no (2016). Folkehelse- Psykisk helse og rus- Behandle rusmiddelavhengighet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/behandle-rusmiddelavhengighet>, 13.05.16.

Helsedirektoratet (2015). Veileder rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020).

Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandlingsreformen (Meld.st.47, 2008-2009).

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. (Meld.St.30, 2012).

Karlsen, K. M. (2015). Sjekkliste mot frafall. Erfaringer fra Enhet for rus og psykiatri, Diakonhjemmet sykehus. Oslo. Hentet fra: http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/_prosjekter/_hindre-drop-out-fra-rusbehandling/_Sider/Arbeidsseminar-2015.aspx, 13.05.16

Kulbrandstad, T., Granum, L.A. (2008). «Drop inn for drop out», en undersøkelse av fremmøte til poliklinisk behandling. (Rapport fra et prosjekt ved DPS Hamar, poliklinikk rus). Sykehuset Innlandet. Hamar.

Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget

Stark, M.J., (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93-116.

Vindland, S.(2015). Da sykehuset ringte pasienten, var han i Syden. Fædrelandsvennen 18.12.15. Kristiansand.

Årstad,J. (2012). KORFOR. Motivasjon og endring hos personer med rusmiddelproblemer. En kunnskapsstatus om forståelse og anvendelse av motivasjonsbegrepet innenfor MI-intervensjoner. KORFOR-rapport 2012/01

Vedlegg

Intervjuguide

Innholdet i samtalene

- Hva tenker du skal være innholdet i samtalen/agendaen for samtalen?
- Hvordan starter du samtalen?
- Hvordan blir innholdet i samtalene?
- Hvordan kan en samtale utarte /utvikle seg?
- Hva er det mest "vanlige" pasientene spør om?
- Hvordan avsluttes samtalene? (f.eks. av seg selv eller pga tidspress)

Reaksjoner fra pasientene når du ringer

- Hvordan opplever du at pasienten "tar imot" samtalen?
- Hvilke reaksjoner får du fra pasienten på at du ringer?
- Forskjeller på reaksjoner fra pasienter som ikke har vært innlagt tidligere og de som har vært innlagt på avgiftningsposten før?

Reaksjoner fra pasientene etter innleggelse

- Er det noen av pasientene som nevner at de er blitt ringt til i forkant, og i tilfelle, hva sier de om det?

Ressursbruk

- Hvor mye tid bruker du pr. tlf? (minst - mest)
- Hvor mange pasienter får du tak i pr telefon?
- Hva gjør du hvis du ikke får tak i pasienten pr. telefon?

Dine opplevelser

- Hvordan opplever du å ta disse telefonene?

Nytte-ikke nytte?

- Hva tenker du kan oppnås med disse samtalene?
- Hvordan opplever du nytten kontra tanken bak?
- Har du noen formening om telefonkontakten bidrar til at pasienten kommer til innleggelse?

Endringer?

- Noen tanker om noe som kunne ha vært gjort annerledes for å forbedre kvaliteten på tiltaket? Eller gjort mer av?



Avdeling for rus-
og avhengighetsbehandling
Sørlandet Sykehus HF
Postboks 416
4604 KRISTIANSAND

Tlf. 381 32 600
www.avhengighetsbehandling.no

ISBN 978-82-91-19129-4

