

**”IKKE MØTT”**  
**en analyse av sosialmedisinske**  
**poliklinikkers konsultasjonspraksis**

**Gunnar Vold Hansen**  
**Helge Ramsdal**

**Høgskolen i Østfold**  
**Oppdragsrapport 2006:1**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

**Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.**

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Østfold.  
(E-post: [postmottak@hiof.no](mailto:postmottak@hiof.no))

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2006:1

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN-10: 82-7825-197-5

ISBN-13: 978-82-7825-197-3

ISSN: 1504-5331

## **Forord**

Høsten 2005 fikk vi en forespørsel fra Divisjon Psykiatri, Avdeling for rustjenester ved Sykehuset Østfold HF, om å foreta en analyse av årsakene til at mange av brukerne av de sosialmedisinske poliklinikkene ikke møtte til avtalt time. Problemstillingen var fristende å arbeide med, ikke minst fordi den i utgangspunktet virket avgrenset og håndterbar innenfor de rammer som ble gitt for analysen. Da vi startet arbeidet forsto vi raskt at de sosialmedisinske poliklinikkene, som har vært et sentralt virkemiddel i fylkeskommunens – og senere helseforetakenes – rustjenester, i liten grad har vært gjenstand for utenforståendes blikk. Det viste seg også at det var svært lite forskning om slik virksomhet på landsbasis. Samtidig ble det klart at problemstillingen om ”ikke møtt” var en inngang til å forstå de sosialmedisinske poliklinikkenes gjøren og laden i en bredere helse- og sosialpolitisk sammenheng. Derved ble oppdraget også en anledning til å tre inn i et ”terra incognita”, der vi var helt avhengige av den hjelp og støtte vi fikk fra de ansatte i poliklinikkene og ledelse og administrasjon i rustjenesten i fylket. Vi er takknemlige for den positive interesse og velvilje som vi ble møtt med overalt i feltet, og vi håper at rapporten ikke bare svarer på spørsmål om ikke-møtt-problematikken isolert sett, men også kan være et beskjedent bidrag til en drøfting av poliklinikkenes organisasjonsform og arbeidsmåter i en bredere sammenheng.

Vi vil takke leder for rustjenesten, Bernt Werner Pettersen, for god tilrettelegging for at prosjektet kunne gjennomføres. En spesiell takk går til Rita Wahlberg, som har gjort en stor jobb med å bearbeide ulike databaser, og sette oss inn i de mangslungne forklaringer på russtatistikken – uten henne ville det vært vanskelig å gi et troverdig bilde av de statistiske opplysningene som forelå. Og ikke minst en takk til de ansatte ved poliklinikkene som stilte opp til intervjuer og i ledermøter for å diskutere funn underveis i prosessen. Vi håper derfor at arbeidet med rapporten også har gitt stimulans til det arbeidet som foregår for å avklare de sosialmedisinske poliklinikkenes rolle i fremtidens rustjeneste.

Kråkerøy september 31.11.2006

Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal

## **Innhold:**

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Bakgrunn.  | s. 3  |
| 2. Ikke møtt – hva er problemet og hvordan studere det?                 | s. 6. |
| 3. Forklaringsfaktor 1: Egenskaper ved pasientene.                      | s. 15 |
| 4. Forklaringsfaktorer 2: Egenskaper ved organisasjon og arbeidsformer. | s. 24 |
| 5. Er ikke møtt et produktivtetsproblem?                                | s. 34 |
| 6. Forslag til tiltak.  | s. 40 |
| 7. Oppsummering.  | s. 43 |

# 1 Bakgrunn

I Østfold er det etablert fem såkalte sosialmedisinske poliklinikker (SMP'er). Dette er poliklinikker som gir tilbud til personer med ulike former for rusavhengighet. Klinikkerne er lokalisert i de største byene i Østfold: Askim, Moss, Fredrikstad, Sarpsborg og Halden. Fra 2004 er disse poliklinikkene en del av Avdeling for rusbehandling innenfor Divisjon for psykisk helsevern. På oppdrag fra avdelingen har vi gjennomført et prosjekt om konsultasjonspraksis i de fem sosialmedisinske poliklinikkene (SMP) i Østfold.

Utgangspunktet er at det oppleves som et problem at relativt mange – ca. 30% - av pasientene ikke møter til oppsatt time. Dette er en utfordring på flere måter: for den enkelte pasient, som kan ha alvorlige lidelser og problemer vedkommende ikke får tilstrekkelig hjelp til, for poliklinikkene, som ikke alltid får utnyttet ressursene på den mest effektive måte, og for samfunnet, der de økonomiske konsekvensene kan bli store dersom de problemene med ”ikke møtt” som er avdekket i Østfold også gjør seg gjeldene mer generelt i poliklinikkdriften.

I denne rapporten har vi – med utgangspunkt i de problemstillingene som er skissert foran - foretatt en analyse som har som formål å gi et bedre grunnlag for å forstå omfanget og karakteren av ikke-møtt-problematikken. Et aspekt ved denne analysen er at sosialmedisinske poliklinikker generelt er lite studert, og vi har til dels følt at vi har vært på et ”terra incognita” i og med at systematisk kunnskap om de sosialmedisinske poliklinikkenes arbeid – i Østfold og i landet for øvrig – er mangelfulle. Dette er paradoksalt, i og med at det de senere årene er etablert omfattende registreringssystemer som burde gi et godt grunnlag for analyse. Den generelt manglende oversikt over de sosialmedisinske poliklinikkenes pasienter, og om organisering og arbeidsmåter, har medført at vi har lagt vekt på å sette ikke-møtt-problematikken inn i en større sammenheng. Dette er gjort dels ved å innhente erfaringer og studier av ikke-møtt-problemet i andre deler av helse- og sosialsektoren i Norge og internasjonalt, dels ved å relatere de sosialmedisinske poliklinikkenes arbeid med sammenliknbare data innenfor rus/psykiatrifeltet. Her er særlig de omfattende og detaljerte analysene av psykiatriske poliklinikker for voksne et godt referansepunkt.

Vi har med dette utgangspunktet studert omfanget og karakteren av ikke-møtt-problematikken, og presenterer konkrete forslag til endringer som kan legges til grunn for en økt satsning på å redusere antallet ”ikke-møtt”-pasienter.

Prosjektet har vært gjennomført i fire faser:

1. Tilveiebringelse og analyse av data fra Rusdata som benyttes i de sosialmedisinske poliklinikkene. Uttrekkene er gjort fra registreringer i Pasient- og klientkartleggingsskjema og dagbok. Dette dreier seg om et omfattende, men i hovedsak ubearbeidet materiale, som vi har analysert med hensyn til omfanget av ikke-møtt, egenskaper ved pasientene og strukturdata om de sosialmedisinske poliklinikkenes organisering og arbeidsmåter,
2. Intervjuer med ansatte ved de sosialmedisinske poliklinikkene – 5 poliklinikker der det er gjennomført fokusgruppeintervjuer med de ansatte (30 personer) om hvordan de forstår ikke-møtt-problematikken, hvilke årsaker de mener kan forklare omfanget, egenskaper ved pasientene og ulike strategier de vil legge vekt på i forhold til dette,
3. Etablering av en styringsgruppe bestående av en representant fra hver av de fem poliklinikkene og den sentrale ledelse av avdelingen, som sorterte ut og kom med forslag til endringer,
4. Utskriving av rapport som dokumenterte de analyser og endringsforslag som fremkom gjennom de tre første fasene.

I denne rapporten stiller vi fem spørsmål til ikke-møtt-problematikken”, og vi har strukturert analysen i tråd med disse:

- 1) Hvor omfattende er ikke-møtt-problemet, hva består dette problemet i, og hvilke årsaker kan bidra til å forklare det relativt store omfanget av ”ikke-møtt” ved de sosialmedisinske poliklinikkene i Østfold?
- 2) Hvilke egenskaper ved pasientene kan forklare at pasientene ikke møter til konsultasjon?
- 3) Hvilke egenskaper ved de sosialmedisinske poliklinikkenes organisasjon og arbeidsmåte kan forklare ikke-møtt-problemet?

- 4) I hvilken grad er ikke-møtt et produktivtets-/effektivitetsproblem for driften av de sosialmedisinske poliklinikkene?
  
- 5) Hvilke tiltak kan gjennomføres for å redusere omfanget av ikke-møtt?

## 2 "Ikke møtt" - hva er problemet - og hvordan studere det?

### 2.1. Innledning.

I utgangspunktet kan en tenke seg at "ikke-møtt"-problematikken er et avgrenset, målbart og relativt enkelt problem å hankses med. Slik er det ikke. Problemet dreier seg riktignok ytre sett om at en gjennom registreringssystemet (som vi skal komme tilbake til) kan aggregere et eksakt tall for omfanget pasienter som ikke møter til avtalt konsultasjonstid. Det er naturlig at en oppfatter at når ca. en tredjedel av de konsultasjoner som er planlagte ikke finner sted, er dette et omfattende problem. Men hva består problemet av? Gjennom det arbeidet vi har gjennomført er det blitt åpenbart for oss at det ikke er mulig å gi et entydig og endimensjonalt svar på dette spørsmålet. Grunnene til det er flere, men det første som slår en er at det eksakte omfanget ikke-møtt er noe usikkert, både fordi registreringsrutinene og definisjonen av "ikke møtt" synes å ha endret seg over tid, og fordi disse rutinene varierer noe mellom de enkelte behandlere og mellom de fem sosialmedisinske poliklinikkene. I løpet av de siste par årene er det riktignok gjort et arbeid for å standardisere registreringer og arbeidsrutiner, også i forhold til "ikke møtt". Likevel hefter det seg fremdeles en del usikkerhet til grunnlaget for de aggregerte tallene for omfanget av ikke-møtt.

### 2.2. Omfanget av ikke møtt.

Med de forbehold som er nevnt foran, skal vi her vise hvor omfattende problemet ikke møtt er for SMP-ene i Østfold. Vi har data som viser omfanget av ikke møtt til konsultasjoner for perioden januar til og med august 2005. Tallene ser vi i følgende tabell:

Tabell 1: Omfanget av ikke møtt jan – aug 2005

	<b>Planlagt</b>	<b>Møtt</b>	<b>Ikke Møtt</b>	<b>% Ikke Møtt</b>
SMP Askim	1608	1137	471	29
SMP Fr.stad	1232	803	429	35
SMP Halden	1431	997	434	30
SMP Moss	1694	1081	613	36
SMP Sarsborg	1678	1068	610	36
<b>Totalt</b>	<b>7643</b>	<b>5086</b>	<b>2557</b>	<b>33</b>



I gjennomsnitt møter pasientene opp bare til to tredjedeler av de planlagte konsultasjonene. Selv om det er noen variasjoner mellom SMP'ene, så er det generelle bildet entydig – dette er et felles problem for alle SMP'ene. I vår analyse ser vi derfor i liten grad på egenskaper ved hver enkelt SMP som forklaring på ikke møtt.

### **2.3. Hva vet vi om ”ikke-møtt”-problemet?**

Samtidig som ”ikke-møtt” – eller ”Did not attend” som det heter i den internasjonale litteraturen om emnet – oppfattes som et generelt problem for helse- og sosialtjenesten, er det svært få undersøkelser om temaet. Ikke møtt er imidlertid blitt en del oppmerksomhet til del de siste årene, gjerne med utgangspunkt i økte krav om effektivitet og aktivitetsplanlegging i helsetjenesten i Norge. I en artikkel i tidskrift for den Norske tannlegeforening beskriver Wang & Schiøth (2000) problemstillingen på følgende måte for den offentlige tannhelsetjenesten:

*I Akershus offentlige tannhelsetjeneste kan tiden som ikke ble benyttet til pasientbehandling på grunn av manglende oppmøte estimeres til over 7 000 timer per år. Dette tilsvarer 4,5 tannlegestillinger som medregnet tannhelsesekretær utgjør lønnsutgifter på cirka 2,5 millioner kroner. På landsbasis tilsvarer dette 45 tannlegestillinger eller lønnsutgifter på nær 30 millioner kroner. Et høyt antall personer som ikke møter til behandling reduserer tannhelsetjenestens effektivitet. Denne undersøkelsen viste at i Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus, var andel personer som ikke møtte til tannbehandling nær 20 %.*

Nor Tannlegeforen Tid 2000; 10: 874–7.

Dette innlegget viser at ikke-møtt er et problem som i gitte sammenhenger kan ha stor innflytelse på tjenestenes økonomi.

Cochrane har sett på tiltak for å redusere ikke-møtt problemet i psykiatrien. Overraskende nok finner Cochrane bare tre relevante undersøkelser i denne sammenhengen. Disse undersøkelsene viser at det er to former for påminnelser som kan påvirke pasientenes oppmøte til sine avtaler. Den ene formen for påminnelser er bruk av telefon, gjerne en SMS-melding. Slike meldinger kort tid før avtalen, har en positiv innvirkning på oppmøtet. Det er i de foreliggende undersøkelsene ikke noen dokumentasjon på at det er forskjell mellom å sende en slik påminnelse en dag eller to dager før avtalen.

Den andre formen for påminnelse er å sende et brev som ankommer ca ett døgn før avtalen. Dersom et slikt brev inneholder en kort orientering om selve tilbudet og en liten oppmuntring til å møte opp, har slike brev en særlig positiv innvirkning på pasienter som har avtale om en utredningssamtale.

Det finnes derimot ikke noe som viser at økonomiske straffereaksjoner som krav om betaling for konsultasjonstimer man ikke møter opp til, har positiv innvirkning på oppmøtefrekvensen.

I en annen oversiktsartikkel konkluderer Bandolier (1999) med at det å sende pasienten kopi av henvisningsbrevet ikke har innflytelse på oppmøtefrekvensen. I denne artikkelen konkluderer man også med at de viktigste årsakene til at pasienter ikke møter opp, er at de har glemt avtalen, eller at de på grunn av kommunikasjonsproblemer ikke har forstått at de hadde en avtale. I en annen undersøkelse fra somatikken viser Hon & al (2002) at opp til en fjerdedel av alle som ikke har møtt opp til undersøkelse, har vært syke.

I en omfattende undersøkelse av mer enn 1000 kvinner som hadde fått time til mammografi-screening vurderer Banks & al (2002) i hvilken grad ulike sykdommer (for eksempel diabetes og hjerteproblemer) virker inn på oppmøtet. Resultatene viser ingen sammenheng mellom disse sykdommene og grad av ikke-møtt. I stedet konkluderer forfatterne med at det er forskjell i sosioøkonomisk status som er avgjørende. Den gruppen som er minst ressurssterke er den gruppen som har størst andel ikke-møtt.

I en omfattende undersøkelse av oppmøte til oppfølgingstilbud etter overføring fra psykiatriske sykehus i USA (Kruse & Rohland 2002) ser man nærmere på hvilke faktorer som kan ha innvirkning på slikt oppmøte. Noen av de faktorene som er viktig i denne undersøkelsen, som rase og forsikringsordning, er uinteressante i vår sammenheng. Likevel dokumenterer undersøkelsen noen resultater som trolig kan være relevante også i norsk sammenheng. Et av funnene er at avstand mellom pasientens bolig og behandlingstilbudet påvirker oppmøtet slik at de som bor lengst fra behandlingstilbudet har størst tendens til ikke møtt. Også grad av sykdom påvirker oppmøtet. De som blir beskrevet som mest alvorlig syk, har størst andel ikke møtt. Det ser altså ut som om de som har størst behov for tjenestene, er de som har vanskeligst for å møte.

Dette underbygges av en undersøkelse fra primærhelsetjenesten i Storbritannia. Den viser at det er storforbrukere av helsetjenestene som er de som har lavest prosent av oppmøter til sine avtaler. Dersom de får hjelp for sine problemer, og dermed reduserer sitt behov for hjelp, så økes også oppmøteprosenten deres. Tid er også en viktig faktor. Dersom det går mer enn to uker fra pasienten ble utskrevet fra sykehuset til vedkommende har fått et tilbud fra oppfølgingstjenesten, så stiger ikke-møtt prosenten betraktelig (fra 11 til 28) (Centre for Innovation in Primary Care, 1999).

#### **2.4. Om tilnærmingen i analysen.**

Oversikten over norske og internasjonale studier av "ikke møtt" viser at problemet kan forstås fra ulike synsvinkler:

For det første kan det oppfattes som et *effektivitetsproblem*, slik flere av de foran nevnte studiene er opptatt av. I dette perspektivet representerer pasienter som ikke møter til avtale et (potensielt) produktivitetstap, og som vist foran kan dette beregnes slik at det fremkommer store beløp som helsevesenet taper. Slik sett vil effektivitetsgevinsten ved å redusere ikke møtt frekvensen kunne være betydelig. Her argumenteres det for at selv marginale reduksjoner i "ikke møtt" kan representere relativt store besparelser. Det er naturlig at alle, både behandlere og ledelse vil være bekymret over en stor "ikke møtt"-prosent i et slikt perspektiv.

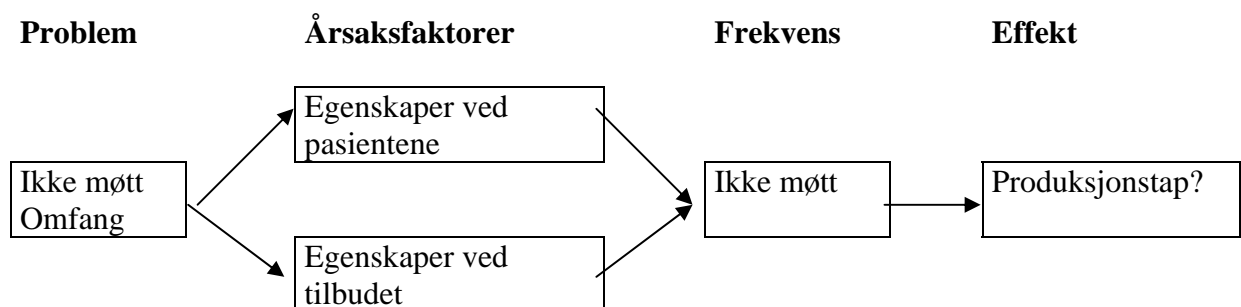
De beregningene som er foretatt av effektivitetstap ved "ikke møtt" bygger imidlertid på noen forutsetninger som ikke uten videre er til stede. Viktigst for vår diskusjon er om "ikke møtt" innebærer at behandlerne "venter" (slik det het i et seminar om dette med tittelen "Mens vi venter"). Effektivitetstapet vil reduseres dersom en gjennom arbeidsorganiseringen kan ta høyde for de utfordringene "ikke møtt" representerer – gjennom å etablere arbeidsformer som er tilstrekkelig fleksible til å ivareta effektivitetshensyn.

De to neste perspektivene dreier seg om å etablere årsaksforklaringer på frekvensen av "ikke møtt". Det ene perspektivet er et *pasientperspektiv*. Her er det hensynet til pasientene som er i fokus, i og med at vi taler om mennesker som sliter med problemer som krever behandling på spesialistnivå. I forhold til "ikke møtt"-problemet er det to forhold som vi fokuserer på her: som vist i noen av de foran nevnte studiene, vil det for det første være sannsynlig at

pasienter med bestemte sosioøkonomiske kjennetegn vil være mindre tilbøyelige til å møte til avtale enn andre. For det andre er det sannsynlig at mennesker med noen lidelsesformer vil være mindre tilbøyelig enn andre til å unnlate å møte til avtale. Dette er det, som vi skal vise senere, gode data på i pasientregistreringen som gjennomføres ved poliklinikkene.

Det andre perspektivet på årsaksforklaringer kan betegnes som et *organisasjonsperspektiv*. Her søker vi forklaringer på ”ikke-møtt”-frekvensen ved å studere egenskaper ved tilbudet. Som vist foran vil en kunne forvente at ventetid før behandling finner sted, pasientenes utgifter ved å benytte tilbudet, hvilke terapi- og behandlingsformer som tilbys, og hvilke koplinger som eksisterer mellom de sosialmedisinske poliklinikkene og det øvrige hjelpeapparat, vil kunne nevnes som eksempler på organisatoriske egenskaper ved tilbudet som kan bidra til å påvirke andelen som møter til avtalt behandling.

I praksis vil selvsagt disse ulike perspektivene overlappe, og derved mange ganger være vanskelig å skille fra hverandre i praksis. Likevel gir disse innfallsvinklene et bidrag til å strukturere analysen i kategorier som teoretisk vil kunne skilles. Dette kan illustreres slik:



De studiene vi har vist til foran, dreier seg generelt om et eller noen aspekter ved de perspektivene som er presenter her. For vår del ser vi fordelene med å kunne foreta en mer helhetlig, intensiv studie av et avgrenset felt, det vil si de fem sosialmedisinske poliklinikkene. En hypotese som illustrerer fordelene med en slik helhetlig tilnærming kan være at bestemte egenskaper ved pasientene og bestemte egenskaper ved tilbudet akkumulerer sannsynligheten for ikke møtt. Mer konkret vil en kunne forvente at pasienter med lav sosioøkonomisk status, med lidelsesformer som innebærer fysiske eller psykiske barrierer mot oppmøte til avtalt tid, sammen med et tilbud som har lang ventetid, med økende utgifter for

pasienten (slik egenbetaling her vil være eksempel på), med behandlingsformer som ikke anses nyttige eller adekvate av pasienten, og med svake koplinger til kommunale eller andre tjenester, slik at behandlingsskjeder ikke fungerer, vil være et verstefallsscenario i forhold til ”ikke møtt”. Dette skal vi studere gjennom bruk av flere angrepsvinkler og ulike datakilder.

## **2.5. Undersøkellesdesign.**

Ved gjennomføring av slike undersøkelser har vi et klart utgangspunkt – alle data vi kan få frem om det fenomenet vi skal undersøke er interessante. Vi har derfor en ganske pragmatisk holdning til spørsmål av typen om kvalitative eller kvantitative data er best. Vi legger til grunn at begge typer data har fordeler og gir oss ulik form for innsikt i det fenomen vi skal undersøke (Jacobsen 2002). I denne sammenhengen ser vi at det er ønskelig med en bred analyse av fenomenet ”ikke møtt”. Vi har derfor valgt et intensivt design (Danermark m.fl. 2003 ) på vår undersøkelse. Det betyr at vi er opptatt av å samle inn mest mulig data om det fenomenet vi skal undersøke.

Til tross for dette utgangspunktet hadde vi i praksis en del begrensninger på hvilke data vi kunne samle inn. En del av disse begrensninger var formelle, andre var mer knyttet til praktiske forhold.

I de fleste undersøkelser er det en konflikt mellom de ideelle ønskene til datasamling og de konkrete ressursene til å gjennomføre denne datasamlingen. I denne sammenhengen knyttet begrensningene seg til to forhold; ønske om å få en rapport raskt og omfanget av ressurser vi hadde tilgjengelig. I praksis har dette fått betydning særlig for hvordan vi har gjennomført intervju-undersøkelsen. Dette kommer vi tilbake til nedenfor.

Den andre viktige begrensningen knytter seg til data fra pasientene. Dersom vi skal finne ut hvorfor pasientene ikke møter, så er det selvfølgelig mest naturlig å spørre de som ikke møter. Det er dessverre ikke like enkelt gjort som sagt. Først og fremst er det vanskelig å få kontakt med de som ikke møter. Dette er vanskelig både i forhold til å gjennomføre intervjuer og i forhold til å benytte seg av spørreskjema. Alle pasientdata var dessuten registrert på navn, slik at det ville være vanskelig å gå inn i disse dataene uten å avsløre disse navnene for oss. Vår vurdering var derfor at det både av praktiske og av etiske hensyn ikke var grunnlag for å belaste pasientene med å rapportere data, dersom undersøkelsen kunne gjennomføres uten å

trekke inn dem. I ettertid ser vi at vi nok kunne fått mer ut av analysene dersom vi hadde gjennomført en slik brukerundersøkelse, men vi tviler på om det hadde vært mulig å gjennomføre en slik undersøkelse innenfor de rammene som forelå.

Dette innebar at vi har valgt ut tre typer av datasamling:

Vi tok utgangspunkt i databasen i Rusdata der opplysninger om pasientene og registreringene av behandlernes aktivitet ble lagret. I praksis var det to datauttrekk som var interessante for oss. Det ene datauttrekket ble gjort fra Pasient- og klientkartleggingsskjema der det er registrert data om pasientene. Dette inneholder data om registrerte pasienter. Her registreres en mengde data, først og fremst bakgrunnsdata om pasientene. Det andre datauttrekket ble gjort fra dagbok der behandlernes aktivitet er registrert. Registreringene i dagbok danner også grunnlag for refusjoner fra Folketrygden, og det ”problematisk” tallet for ikke møtt er hentet herfra. Etter at vi hadde fått frem en del av data fra dette datauttrekket, fikk vi et visst bilde av hvordan situasjonen var.

Dette bildet dannet så utgangspunkt for å gjennomføre gruppeintervjuer med de ansatte ved de fem SMP’ene. Det er grunn til å tro at vi kunne fått frem en større variasjon av synspunkter dersom vi hadde gjennomført individuelle intervjuer med hver av behandlerne (Kvale 1997). Vi har imidlertid tidligere erfaring med å gjennomføre slike gruppeintervjuer (Ramsdal & Hansen 2005) og denne erfaringen har vært positiv. I denne sammenhengen fant vi derfor at gruppeintervjuer ivaretok våre behov. Intervjuene ble tatt opp med digital diktafon. De er bare delvis blitt transkribert (med hensyn på hovedsynspunkter), men vi har også lyttet til intervjuene og på den måten kunnet trekke med tonefall, latter og andre reaksjoner som vi ikke får med når et intervju skal analyseres fra en tekst. Selv om vi på denne måten mistet mulighet for å nyttiggjøre oss noen av de avanserte teknikkene som finnes for å analysere tekster (Miles & Hubermann 1994), mener vi likevel at vi totalt på denne måten fikk et tilfredsstillende utbytte av disse intervjuene og analysene av dem.

Gjennom intervjuene ble vi presentert for flere ulike hypoteser om temaet ”ikke-møtt”. En del av disse hypotesene kunne testes empirisk ved å se nærmere på de dataene som forelå i de to databasene. Vi brukte derfor disse intervjuene som utgangspunkt for å bestille flere rapporter fra databasene.

Samlet har vi hatt et forholdsvis omfattende datamateriale som utgangspunkt for vår analyse.

## **2. 6. Datakvalitet.**

Vi har altså hatt to kvantitative datasett å forholde oss til. Registreringene er blitt lagt inn i et regneark av Avdeling for rusbehandling. Vi har så overført disse dataene til statistikkprogrammet SPSS, som vi har benyttet blant annet til å kjøre krysstabeller.

Data fra pasient- og klientkartleggingsskjemaene blir også lagt inn i en database og innrapportert til Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Aggregerte data presenteres så i en nasjonal rapport for hvert år.

Vi har i vår analyse tatt utgangspunkt i dataene fra 2005. Målet har vært å benytte mest mulig oppdaterte data, slik at både intervjuer og statistiske data beskriver samme tidsperiode. Dette har skapt noen vansker i forhold til analysen. Alle henvendelser/pasienter registreres i et klientkartleggingsskjema. Det betyr at i disse skjemaene er det med alle pasienter som blir vurdert av SMP'ene, dette innbefatter pasienter som selv velger å ikke begynne på en behandling, pasienter som blir overført til andre tjenester (for eksempel annen type rusbehandling), pasienter som i løpet av perioden blir ferdigbehandlet og en stor gruppe som fortsatt er under behandling. Skjemaene blir lagt inn fortløpende i databasen, slik at tallene representerer skjema som er opprettet – ikke bare de som er avsluttet. Det innebærer at vår analyse bygger på et utvalg som består av skjemaer der pasienten har en pågående behandling/behandlingsstart i det aktuelle året, men som ikke nødvendigvis ikke har sluttet i behandling på rapporteringstidspunktet. Konkret betyr dette at datarapportene fra 2005 vil inneholde noen tabeller der andelen uregistrerte er høy, fordi disse tabellene blir hentet fra opplysninger om først blir registrert ved avslutning av behandlingen. Dette skyldes derfor ikke manglende registrering, men at pasientene fortsatt er under behandling og at dette er data som vil bli ført inn så snart behandlingen blir avsluttet. Dette er ordning som er tilpasset den aktuelle registreringsordningen, men som gjør situasjonen noe uoversiktlig for oss som forskere. Blant annet betyr dette at det har vært noe vanskelig å sammenligne tall fra 2005 med tall fra år som er helt avsluttet, slik som 2003. I tillegg vet vi ikke om de pasientene som fortsatt er i en behandlingssituasjon, er forskjellige fra de som har avsluttet behandlingen. Vi har likevel forutsatt at de som det er registrert skjema for, men som så langt ikke hadde avsluttet behandlingen ikke skiller seg fra resten av pasientgruppen (den mest åpenbare

forklaringen er at behandlingsopplegget er begynt sent på året og derfor ikke avsluttet, mens en annen er at det er nettopp er ikke møtt pasientene som ikke får avsluttet behandlingen fordi de har så dårlig fremdrift i den).

Vi har derfor møtt to alvorlige problemer i forhold til å benytte disse dataene. Det ene er at dataene er samlet inn for et helt annet formål enn vi benytter dem for. Det andre er at vi ikke vet i hvilken grad ufullstendige tall skyldes systematiske skjevheter i rapporteringen, eller om det bare er tilfeldigheter som styrer dette. Vi har forutsatt at det er tilfeldigheter som er årsak til disse skjevhetene og at den innbyrdes fordelingen mellom de ulike gruppene derfor hadde blitt den samme om alle dataene hadde foreligget.

Det kunne derfor ha vært ønskelig med bedre data og data samlet inn spesifikt for vårt formål. Innenfor rammene av denne undersøkelsen har dette ikke vært mulig å få til. Vi har derfor forholdt oss til de dataene som finnes og har lagt til grunn de resultatene vi har fått ved å bearbeide disse.

I alle undersøkelser møter vi som forskere utfordringer knyttet til kvaliteten på de data vi samler inn. I denne undersøkelsen har vi hatt tilgang til tre ulike datasett, både kvalitative og kvantitative data. I tillegg har vi sett nærmere på data fra andre tilsvarende undersøkelser. Selv om det kan stilles spørsmål ved kvaliteten på deler av de dataene som vi har benyttet, mener vi at det er så tydelig samsvar mellom de ulike datasettene, at det grunnlag for å ha tillit til det helhetsbilde som disse dataene beskriver.



### **3. Forklaringsfaktor 1: Egenskaper ved pasientene**

#### **3.1. Hvilke egenskaper ved klientene kan tenkes å påvirke omfanget av ikke møtt?**

Det første spørsmålet vi stiller dreier seg om i hvilken grad egenskaper ved pasientene selv kan forklare den høye andelen ikke møtt. Intuitivt vil det være naturlig å tenke seg at de pasientene som benytter SMP har egenskaper knyttet til sin lidelse som kan forklare at de ikke møter til konsultasjon. I intervjuene blir pasientenes ustabile livssituasjon, i særlig grad knyttet til variasjoner i rusmisbruk og behandlingsmotivasjon over tid, ansett som en viktig forklaring. Men hva vet vi om pasientene? Vi skal her først se på pasientregistreringsdataene, som kan gi visse indikasjoner på hvilke egenskaper pasientene har, knyttet til de problemstillingene som har med tilgjengelighet og sosioøkonomiske forhold å gjøre. Slike variable kan indikere i hvilken grad pasientenes situasjon medfører at de vil være tilbøyelige til å benytte tilbudet, og ”møte opp”, avhengig av livssituasjon til enhver tid.

Det er registrert totalt 1608 aktive henvisninger i 2003. I 2005 er antallet økt til 2017.

Kjønn: 60% menn, 40% kvinner.

Aldersfordeling: ca. 65% mellom 26 – 50 år, ca. 25% mellom 16 – 25 år.

#### **3.2. Pasientenes sosioøkonomiske status.**

Dataene i det nedenforstående er hentet fra alle KK-skjemaer ved SMPene i 2003 og 2005, inkludert 23,2% (2003) og 40,5% (2005) som ikke har startet i behandling. Dette kan skyldes: de hadde ikke time for behandlingsoppstart på det tidspunktet rapporten ble tatt ut (aktuelt for rapporten fra 2005), de ikke har møtt til behandling - 12,2% (2003) og 8,8% (2005) - eller de har hatt en henvisning som er blitt avslått eller videreformidlet uten at det har ført til behandling ved SMP.

#### **Pasientenes livssituasjon.**

Registreringen av ”Lovgrunnlag for inntak i behandling” kan gi - riktignok svært grove - indikasjoner på pasientenes livssituasjon da henvisningen kommer. Det oppgis at hele 94 % er inntatt ”frivillig, uten lovgrunnlag” i 2003, mens dette tallet er redusert til 64 % i 2005.

Dette må imidlertid ses i sammenheng med endringene i lovgrunnlag som følge av at rustjenestene i mellomtiden ble lagt inn under spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid grunn til å merke seg at nesten ingen aktuelle grunnlag i helse- og sosiallovgivningen er benyttet som begrunnelse for behandlingen.

### **Utdanning, arbeid, bolig.**

Utdanningsnivået blant pasientene er relativt lavere enn i befolkningen for øvrig. Andelen med videregående skole/yrkesskole er ca. 18,8 % i 2003, 18,9 % i 2005. Andelen med høyere utdanning er 8,8 %. Hele 50 % er arbeidsledige (betegnet som "uten beskjeftigelse") i 2003, som er økt til 55 % i 2005. Av de registrerte har 43 % kun grunnskoleutdanning i 2005.

Ca. 25 % har heltidsjobb i 2003, det samme som i 2005. Andelen "under utdanning" er redusert fra 11 % i 2003 til 7,3 % i 2005. Andelen uregistrerte er kun henholdsvis 1,2 % i 2003 og 2,1 % i 2005. Det er verdt å merke seg at over halvparten av de registrerte er "uten beskjeftigelse" i 2005, mens ca. en fjerdedel av de registrerte er i heltidsjobb. De øvrige registrerte har deltidsjobb eller er under utdanning.

Kun 24,4 % hadde arbeidsinntekt i 2003, redusert til 20,8 % i 2005. Av de øvrige inntektsgrunnlag var det sosialhjelp, rehabiliteringspenger og sykepenger som er de største kategoriene.

I 2005 oppgir 38,5 % at de bor alene. Ca. 90 % oppgir i 2005 at de har hatt en "stabil bosituasjon de siste 4 ukene" de aller fleste i egen privat bolig eller hos foreldre. Et lite mindretall (ca. 2 %) oppgir at de ikke har egen bolig, eller at de bor på hospits/hybelhus/hotell.

### **3.3. Pasientenes helsetilstand**

Når det gjelder andelen som oppgis å ha "kroppslige skader eller sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet" oppgir ca. 29 % i de to registreringsårene at de har slike. Det er

imidlertid særlig med hensyn til psykiske lidelser at andelen er høy. Vi skal her dvele litt med dette<sup>1</sup>.

En sammenstilling av svarene på spørsmål som sammenfattende kan gi indikasjoner på pasientenes psykiske lidelser viser dette bildet:

*Tabell 2. Omfanget av psykiske lidelser blant pasienter i SMP 2003 – 2005 (oppgitt ”ja” i registreringen). % av de som er registrerte..*

	2003	2005
hatt alvorlige depresjoner, siste 4 uker	26%	25 %
hatt alvorlig depresjon i livet	55%	62%
hatt alvorlig angst, siste 4 uker	26%	32%
hatt alvorlig angst, i livet	50%	57%
hatt alvorlige spenninger/smerter i kroppen, siste 4 uker	24%	41%
hatt alvorlige spenninger/smerter i kroppen, i livet	32%	41%
hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner, siste 4 uker	8%	25%
hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner, i livet	23%	24%
hatt tanker om å ta livet av seg, siste 4 uker	10%	10%
har noen gang forsøkt å ta livet av seg	20%	24%
har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer	44%	56%

Til sammen gir dette et klart bilde av at mange pasienter ved SMP preges av psykiske lidelser. De prosenttallene som oppgis foran, må ses i sammenheng med at det er 19 % uregistrerte i de to årene. Tabellen viser prosentandel av dem som er registrerte. Dersom en forutsetter at det ikke er signifikante forskjeller mellom de uregistrerte og de registrerte pasientene (noe vi som nevnt innledningsvis ikke har muligheter til å teste) innebærer dette kort sagt at omfanget av

---

<sup>1</sup> Det kan sies mye om denne registreringen av psykiske lidelser. Å svare på spørsmål som om en har vurdert å ta sitt eget liv, hvor mange ganger og når, kan synes ekstremt i en intervju situasjon. Vi har tross det funnet at dataene kan benyttes som en indikator på pasientenes psykiske tilstand, uten at en derved kan gå god for validiteten i svarene uten en kritisk sammenholding til andre studier.

psykiske lidelser blant SMP-pasientene er svært stort. Dette bekreftes også ved intervjuene, der det fremkommer at en mener at det mange ganger synes tilfeldig hvorvidt pasienten behandles i SMP eller andre steder i det psykiske helsevernet.

Dette inntrykket av at mange pasienter har komplekse og langvarige problemer og lidelser forsterkes av at det oppgis at vel 30 % både i 2003 og 2005 ikke har vært i noen form for behandling for rusmiddelmisbruk tidligere, og at mange oppgir at de har hatt til dels langvarige behandlingsopplegg tidligere. Kun 6 – 8 % oppgir at de ikke har benyttet rusmidler de siste 6 måneder, mens ca. 40 % oppgir at de har benyttet mer enn et rusmiddel de siste 6 månedene. Hovedtyngden av misbruket dreier seg om alkohol (ca. 30 %), cannabis (16 %), heroin (10-14 %) og andre sentralstimulerende midler (ca. 11 %). Det langvarige misbruket bekreftes også av at de fleste oppgir at de startet sitt rusmisbruk før fylte 25 år, og at ca. 30 % av de registrerte oppgir å ha et ”problemfylt bruk” av rusmidler i mer enn 5 år. Av intervjuene fremgår det at mange mener pasientene er blitt dårligere de siste årene, særlig etter rusreformen og pasientrettighetsreformen. Det heter for eksempel at en har lurt på om det etter pasientrettighetsloven er blitt ”*mange flere dårlige klienter, med dårlig helse, samtidig som en nå får større aldersspredning*”. Dette mener en har sammenheng med at SMP’ene kunne være mer selektive med hvilke pasienter de utredet og behandlet tidligere. Den gang var pasientgruppen prioritert med tidlig intervensjon i yngre grupper, oppgavesettingen nå er at mange flere kommer med psykiske lidelser/dobbeltdiagnoser.

### **3.4. Sammenhenger mellom egenskaper ved pasientene og ikke møtt.**

Dette bildet bekreftes i intervjuene med de ansatte. Her fremgår det at en oppfatter mange av pasientene som ressursfattige, ofte med omfattende helseproblemer (også av somatisk karakter), særlig med psykiske lidelser som angst og depresjon. Det er en oppfatning at pasientene som skal utredes generelt er dårligere enn tidligere, og at det er en økende andel som har psykiske lidelser knyttet til sitt rusproblem. Dette innebærer etter de ansattes oppfatning at det er generelle utfordringer knyttet til å motta behandling på de sosialmedisinske poliklinikkene for hele pasientgruppen. Det heter for eksempel at det å ta imot rusbehandling for mange er vanskelig, og ofte oppfattes som et ”tabutema”. I forhold til å motta poliklinisk behandling oppfattes det av mange i intervjuene som en konsekvens av pasientenes situasjon, samtidig som det er mange antakelser om hvilke forhold ved pasientenes situasjon som medfører at det ikke er urimelig at en ikke møter til avtalt tid:

I intervjuene heter det om dette:

*Ikke møtt er et kjennetegn ved pasientene. Det er en del av det å ha et rusproblem både å være indisponert enkelte dager og sviktende motivasjon enkelte dager.*

*Pasientene har samme problemer som andre i forhold til ordinære sykdommer, forsovelse etc. I tillegg er de mer ustrukturerte enn andre, og har en dårligere helsesituasjon, somatisk så vel som psykisk.*

*Et annet poeng er at en del av pasientene er presset til å møte til behandling – ektefelle, arbeidsgiver etc. Det er spesielt for akkurat denne typen behandlingstilbud.*

*De som møter er de med mest ordnet familiesituasjon etc. De som ikke møter har gjerne en kaotisk livssituasjon – det er disse vi gjerne bruker mest ressurser på å følge opp. 18 – 25 årsgruppen har større ikke møtt enn andre.*

*Tjenestemottakerne er preget av svingninger – særlig er dette knyttet til de om også har psykiatri – her der det gode og dårlige dager – systemet er ikke tilpasset til at man kan forholde seg til dette.*

*Det er krevende for pasienten å gå til poliklinisk behandling, hvis du har kaos i livet ditt så er det vanskelig, hvis nettverket ikke fungerer vanskelig, selv om de ikke er motivert blir de likevel henvist fordi de har et alvorlig rusproblem.*

I vår analyse er det imidlertid ikke de generelle egenskapene ved pasientene som er interessant, men hvorvidt det kan bekreftes en sammenheng mellom disse egenskapene og den andelen ikke møtt som er registrert. Vi skal her teste en del av de hypotesene som er fremkommet gjennom intervjuene, og/eller som kan utledes av forskningen vi har vist til tidligere om ikke møtt problematikk.

### **3.5. Hypotesetesting.**

Data fra pasientregistreringene kan brukes til å teste noen av de hypotesene som de ansatte har satt frem i intervjuene. I denne databasen registreres ikke møtt på flere måter. Den ene er

dersom pasienten ikke møter til første time og dermed faller ut av databasen. I tillegg registreres de situasjoner der ikke møtt fører til at behandlingen avsluttes. De pasientene som ikke møter til avtalt tid, men hvor behandlingen blir videreført fordi pasienten senere gjør ny avtale som vedkommende stiller opp til, blir ikke registrert i denne databasen.

Av de 2017 behandlingene som var registrert i 2005, var det 598 som avsluttet behandlingen i løpet av året, av disse var det 143 som avsluttet fordi de ikke møtte opp uten å gi noen beskjed. Det betyr at ikke møtt representerte 29,4 % av de som avsluttet behandlingen i 2005.

De fleste av de 143 som slutter uten å gi beskjed har før de blir registrert som avsluttet behandling fått flere sjanser til å komme tilbake til behandlingen. Vi anslår derfor at de 143 pasientene som blir avsluttet ved at de ikke lengre møter opp til behandlingen, utgjør en viktig del av ikke-møtt registreringene. Vi har derfor sett nærmere på hvorvidt denne gruppen skiller seg ut fra resten av pasientene. Dersom det er spesielle forhold, for eksempel psykiske lidelser, økonomi eller andre forhold, som bidrar til at noen pasienter ikke møter, forventet vi at disse ville være overrepresentert i gruppen ”ikke-møtt”. Vi har derfor krysstabulert ”ikke møtt” med noen av de kjennetegnene vi har data på hos pasientene. Vi skal trekke frem noen av disse resultatene her.

For alle som avsluttet behandlingen i 2005, oppga 59 % at de hadde hatt alvorlig angst de siste 4 ukene før behandlingen startet opp. For de som avsluttet ved ikke å møte, var andelen 60,9 %. Disse tallene gir ikke noe grunnlag for å hevde at angst er et vesentlig større problem for ikke møtt pasientene enn andre. Det samme gjelder dersom vi kjører en tilsvarende krysstabell for de som har hatt angst i løpet av livet. Dersom vi på samme måte ser på de av pasientene som oppgir at de har hatt depresjoner, viser tabellen ingen indikasjoner på at de som har vært plaget med depresjoner de siste 4 ukene før behandling, har en større andel av ikke møtt enn gjennomsnittet. Dette gjelder også dersom vi ser på situasjonen for de som har vært plaget med depresjoner i løpet av livet.

Tilsvarende krysstabeller har vi kjørt i forhold til de som har forsøkt selvmord, og de som har oppgitt at de er plaget med hallusinasjoner. Alle disse variablene har vi sett på som indikasjoner på sterke psykiske lidelser. Likevel skiller ikke disse personene seg ut fra pasientene ellers. Det er derfor i vårt materiale ikke noe som tyder på at tunge psykiske lidelser øker andelen ikke møtt.

En hypotese kan knytte seg til at ikke-møtt fenomenet skyldes at de aktuelle pasientene er i en spesielt vanskelig livssituasjon. Vi har derfor sett på pasientenes boligsituasjon, hvem de bor sammen med, og om hvorvidt de bor sammen med barn under 18 år påvirker frekvensen av ikke møtt. Ingen av disse variablene gir utslag på frekvensen av ikke-møtt. Vi må likevel understreke at de dataene som er registrert i disse skjemaene, er registrert ved behandlingsstart. Dersom det underveis i behandlingsforløpet blir endringer som skaper kriser i pasientens livssituasjon, så fanges dette ikke opp i våre data. Likevel er det ikke noe i våre data som tyder på at den generelle livssituasjonen til pasientene påvirker ikke-møtt frekvensene. Ser vi for eksempel på hvordan yrkesstatus fordeler seg for pasientene får vi følgende fordeling:

*Tabell 3: Andel ikke-møtt etter yrkesstatus*

Yrkesstatus	Ikke møtt	Totalt
Uten jobb	55,7 %	54,6 %
Heltid	30 %	29,3 %
Deltid	2,1 %	5,1 %
Under utdanning	7,1 %	7,8 %
Deltid + utdanning	2,1 %	0,8 %
ukjent	2,9 %	2,4 %

Vi ser her at det er små forskjeller mellom tallene for alle gruppene samlet og for ikke møtt. En hypotese om at det er de uten jobb som representerer ikke møtt, blir ikke bekreftet i disse tallene. Fortsatt finner vi ikke noen indikasjon som kan forklare frekvensen av ikke møtt. Tilsvarende resultater får vi med å se på pasientenes utdanningsnivå og inntektsgrunnlag. Dette tyder på at pasientenes sosioøkonomiske situasjon ikke er årsak til ikke møtt.

En hypotese kan være at de med mest omfattende rusproblem er de som representerer ikke møtt gruppen. Vi har ikke noen klare indikasjoner på hvordan vi kan måle omfattende rusproblemer, men vi antar at sprøytebruk kan være en indikasjon på bruk av tyngre stoffer og dermed et omfattende rusproblem. Vi har derfor sett nærmere på hvilken sammenheng det er mellom sprøytebruk og ikke møtt.

Disse tallene kan settes opp i følgende tabell:

*Tabell 4: Sammenhengen mellom ikke-møtt og sprøytebruk*

Sprøytebruk	Ikke møtt	Totalt
Ikke brukt	76,1 %	80,8 %
Mindre enn en gang i uken	3,5 %	1,7 %
En gang i uken	2,7 %	1,7 %
2-4 dager i uken	1,8 %	1,9 %
Daglig	4,4 %	7,3 %
ukjent	11,5 %	6,7 %

Justerer vi i forhold til forskjellen i ukjent, så er det i praksis heller ikke her en forskjell mellom alle og gruppen ikke møtt. Disse tallene kan derfor ikke bekrefte en hypotese om at rusmisbrukere på tyngre stoffer er overrepresentert i gruppen ikke møtt.

Det er altså ikke noen spesielle variabler som skiller seg ut som forklaring på ikke møtt. Ikke møtt synes å være et kjennetegn ved hele pasientgruppen. Det er altså ikke noen enkelte variabler som forklarer ikke møtt. Det må derfor være de generelle kjennetegnene ved gruppen som er avgjørende. Vår forklaring er derfor at dette er mennesker med så stor opphopning av vanskelige levekår at de jevnlig ikke klarer å overholde de avtalene de har inngått.

Ikke møtt synes derfor å være en konsekvens av at SMP'ene gir et tilbud til en gruppe mennesker som har et stort og sammensatt behov for hjelp. Det er altså ikke en enkelt indikasjon som rusmisbruk, psykiatri og/eller sosioøkonomisk status som er pasientenes problem. Det er for en stor del helheten i deres situasjon som må løses for å løse deres problemer.

Vi skal være veldig forsiktig med å trekke datagrunnlaget lengre enn det faktisk er dekning for. Vi skal også komme tilbake til spørsmålet om hvorvidt tilbudet er tilpasset pasientgruppen. Likevel stiller vi allerede nå spørsmålet om det er behov for å utvide repertoaret i forhold til det tilbudet som ytes. Hvis ikke møtt er en indikasjon på at pasientene har omfattende og sammensatte problemer, så er det et spørsmål om også tjenestetilbudet bør



være mer helhetlig og i sterkere grad rettet mot flere av pasientenes problemer enn bare rusmisbruket. Dette skal vi komme mer tilbake til siden.

### **3.6. Om pasientdataene i perspektiv.**

Vi har tidligere vist noen kjennetegn ved pasientene som indikerer at det dreier seg om personer med a) langvarige og komplekse lidelser, b) med sterk sammenheng mellom rusmisbruk og psykiske lidelser, og c) med stor grad av avhengighet av offentlige hjelpeinstanser. Selv om vi må ta sterke forbehold om detaljene i dette bildet på grunn av den praksis man har ved registrering av data, er det mulig å sette dataene i et perspektiv ved å sammenlikne med det en vet om pasienter som mottar polikliniske tjenester for voksne i psykisk helsevern. Her foreligger det en SINTEF helse-undersøkelse foretatt i 2004 (Gråwe m.fl. 2005), der det gis en detaljert (og validisert) studie som avtegner et bilde som på enkelte punkter avviker fra det inntrykket SMP-dataene gir. En interessant ulikhet er at ”offentlige poliklinikker” har en kjønnsfordeling 40 % menn, 60 % kvinner, mens tilfellet er det motsatte for SMP: 40 % kvinner, 60 % menn. Aldersfordelingen er relativt lik.

Når det gjelder sosioøkonomiske forhold, er andelen som har lønnet arbeid relativt lik, 20 % i 2005 og 25 % i 2003 (nedgangen her kan muligens skyldes endrede henvisningsrutiner), de øvrige har ulike former for trygd/sosialhjelp. Utdanningsnivået er imidlertid ulikt, idet ca. 20 % av pasienter ved offentlig poliklinikk har høyere utdanning, mot kun 8,8 % i SMP. Og mens 46 % har videregående skole ved offentlige poliklinikker, er det kun 19 % som har videregående skole blant pasientene ved SMP. Vi ser altså at det på visse sosioøkonomiske variabler er en markant lavere status blant pasientene ved SMP.

Alt i alt bekrefter dette inntrykket fra intervjuene. Det dreier seg om mennesker som oftest er i en vanskelig livssituasjon, og der behandlingsmotivasjon varierer over tid. Denne variasjonen vil ha direkte innflytelse på hvorvidt en møter opp til konsultasjonstime, men innebærer også at det lett kan oppstå en mismatch mellom pasientens svingende livsrytme og motivasjon på den ene side, og arbeidsformen ved SMP, som forutsetter at pasientene er bra nok til å klare dagliglivets utfordringer med å møte til avtalt time på den annen side.

## **4. Forklaringsfaktorer 2: Egenskaper ved organisasjon og arbeidsformer**

### **4.1. Hva menes med organisasjon og arbeidsformer?**

SMP er et tilbud innenfor psykisk helsevern, preget av relativt små (6 – 8 ansatte), men høykompetente enheter. Innslaget av universitetsutdannete (psykologer og psykologspesialister) og andre med spesialistutdanning er stort. Det er for tiden ingen leger ansatt i SMP'ene. Gjennom intervjuene får en et bilde av poliklinisk virksomhet som på mange måter er tradisjonell, og som er nedarvet siden de sosialmedisinske poliklinikkene ble etablert i Østfold. Men samtidig har det skjedd til dels omfattende endringer både i klinikkenes omgivelser og i arbeidsoppgaver (men tilsynelatende i mindre grad arbeidsmåter) innenfor den rammen poliklinisk virksomhet representerer. Rusreformen, pasientrettighetsloven og andre lovforankrede endringer har medført at oppgavene har endret seg i mange henseende, samtidig som de tradisjonelle oppgavene er beholdt, og fremdeles definerer kjernevirksomheten.

De viktigste endringene er knyttet til at en nå er en del av spesialisttjenestene i helseforetaket som en del av psykisk helsevern, noe som påvirker henvisningsordningen, krav om utredninger og større transparens i driften. Det siste kommer bl.a. til uttrykk i de omfattende registreringene av pasienter og drift som har utviklet seg den senere tid. De sosialmedisinske poliklinikkene gir derfor inntrykk både av tradisjon og fornyelse i sin interne organisasjons- og arbeidsform. På samme måte synes også bildet av forholdet mellom poliklinikkene og omgivelsene/samarbeidspartnere å være: på den ene siden skapes et inntrykk av at virksomheten lever et relativt isolert liv ”på siden” av den øvrige spesialisttjeneste, på den annen side er virksomheten i økende grad sammenkopledd med den øvrige spesialisttjeneste. Også krav om gode samarbeidsrutiner med den kommunale helse- og sosialtjenesten øker. Det siste innebærer bl.a. at poliklinikkene fremstår som et viktig ledd i behandlingsforløp for de pasientene det her dreier seg om.

Vi skal her ikke foreta en tradisjonell organisasjonsanalyse, men konsentrere oss om egenskaper ved organisasjon og arbeidsmåter som synes direkte relevante som potensielle

årsaksforklaringer på ikke møtt. Dette mener vi best kan gjøres ved å studere noen av de kritiske punkter i pasientforløpet knyttet til poliklinikkvirksomheten. Det dreier seg med andre ord om utvalgte beslutningspunkter, der pasienten kan tenkes å påvirkes av poliklinikkens organisasjon og arbeidsmåte, slik at vedkommende beslutter å ikke møte. Det er her viktig å fastholde at de egenskapene ved pasientene som vi viste til i forrige kapittel innebærer at pasientene i utgangspunktet, og grunnleggende sett, er svært sårbare for situasjonsbestemte forhold – det skal lite til av organisatoriske barrierer før pasienten velger ikke å møte til avtalt time.

Vi ser det slik at forløpenes kritiske punkter dreier seg om *a) henvisningssituasjonen, b) oppmøte til utredningssamtale, c) første behandlingsmøte, og d) pasientenes opplevelse av relevans av innholdet i behandlingen som tilbys.*

Vi vil her studere hvert av disse punktene i behandlingsforløpet, og under hvert punkt også begrunne nærmere hvorfor vi mener at disse er relevante for ikke-møtt problematikken.

#### **4.2. Henvisningens betydning for ikke møtt.**

Tre forhold er interessante når det gjelder henvisningene i forhold til vår problemstilling: Det første er at henvisningspraksis er endret etter rusreformen. Før denne var det mulig for pasientene å komme med ”egenhenvisning”, mens det etter rusreformen i 2004 må foreligge henvisning fra primærhelsetjenesten – det vil si fastlegen – eller fra sosialkontoret. I tillegg kommer en del henvisninger fra annen spesialisthelsetjeneste, både somatikk og psykiatri. Derved er pasientgrunnlaget endret, noe som samtidig innebærer at SMP’ene nå må foreta en vurdering av alle henviste pasienter. Deretter vil pasienten enten kunne søkes videre til rusinstitusjon eller andre spesialisttjenester i institusjon, tilbake til primærhelsetjenesten, eller få et tilbud om behandling ved SMP. I korthet innebærer det at SMP’ene i større grad enn tidligere forutsettes å fungere som en sluse for videre behandling, samtidig som de nå i større grad har mistet kontrollen over de pasientene som registreres der (selv om en del altså blir sendt videre til andre deler av helsetjenesten). Et aspekt ved denne nyordningen er at flere pasientene kan bli henvist uten at deres motivasjon er på samme nivå som tidligere, i og med at flere kan oppleve henvisningen som ”frivillig tvang” ved at familie/venner, primærhelsetjeneste og sosialkontor pålegger vedkommende å møte til utredning med sikte på

videre behandling. Dette kan en tenke seg vil ha konsekvenser for andelen ikke møtt til 1. samtale, dvs. utredningssamtalen.

Det andre spørsmålet er i hvilken grad kvaliteten på henvisningene reflekterer henvisende instans forståelse for pasientens totale livssituasjon. Et inntrykk fra intervjuene er at det er svært ulik kvalitet på henvisningene. Dette kommer til uttrykk ved at noen henvisninger er korte, knappe og med svært få opplysninger om pasienten, ofte med formuleringer som indikerer at pasientens motivasjon er lav. Andre er fyldige og viser intimt kjennskap til pasientens situasjon. I intervjuene gis det mange indikasjoner på at en generelt anser sosialkontorenes henvisninger som oftest i den siste kategorien, mens fastlegenes henvisninger er svært variable med hensyn til kvalitet. Også her er det mange gode og utfyllende henvisninger, men noen ganger er henvisningen korte og utilstrekkelige. Spørsmålet for oss er imidlertid hva kvalitativt ulike henvendelser betyr i forhold til ikke møtt. Slik vi ser det er det to forhold som kan være interessante: Er det slik at henvisninger fra fastlegene har en tendens til å resultere i flere ikke møtt? En slik hypotese kan være begrunnet i at fastlegenes har en større tendens til å gi kortere og kvalitativt mindre pasientnære henvisninger, og at dette i neste omgang innebærer at pasienten ikke er tilstrekkelig motivert til videre behandling. Dette vil i så fall gi seg utslag i flere ikke møtt til første samtale. Et tangerende spørsmål er knyttet til at kvaliteten på henvisningen primært kan anses som er en indikasjon på hvordan tjenesteapparatet fungerer i forhold til pasienten – der korte henvisninger kan være uttrykk for at fastlegen har fått en henvendelse fra pasient eller pårørende uten at andre hjelpeinstanser er involvert, og at legen i så fall ikke primært er opptatt av selv å behandle vedkommende, men å sluse pasienten videre til andre instanser. Som kjent er det mange fastleger som vegrer seg for å gå for langt inn i rusmisbrukernes og mennesker med psykiske lidelsers problemer, og generelt er disse pasientene lavt prioritert blant fastlegene (Sandvik 2006). På den annen side har vi gjennom intervjuene blitt presentert påstander om at fyldige pasientnære henvendelser (særlig fra sosialkontorene) indikerer at pasienten ivaretas i hjelpeapparatet, og at flere instanser allerede er involvert i hjelp og behandling. Her vil henvisningen (og den senere behandling på SMP) være et ledd i en mer omfattende, og kanskje også helhetlig, behandlingsskjede. Her vil en kunne tenke seg at motivasjonene for å møte – også til etterfølgende behandling etter 1.samtale være større, og at ikke møtt-frekvensen vil være mindre.

Disse hypotesene er basert på intervjudata, men kan dessverre ikke besvares i denne analysen, ettersom registreringsdataene ikke skiller mellom ulike henvisende instanser - både fastleger og sosialkontor registreres under samme rubrikk.

Hvilken instans de er henvist fra er endret mellom de to årene vi har undersøkt: i 2003 var 39 oppgitt som henvist gjennom egen henvendelse, familie eller venner, mens i 2005 er andelen redusert til 15 %. Samtidig er henvisninger fra helse- og sosialtjeneste, inkludert fastlege, økt fra 42 % til 71 %. Dette må forklares ved at det nå forutsettes at henvisninger til spesialisttjeneste skal gå via 1.linjetjenesten.

Hovedformålet med henvendelsen er i begge registreringsårene ca. 60 % (2003: 64%, 2005 57 %) såkalt "annen behandling". Andre hovedformål ved henvendelsen har også endret seg noe mellom de to registreringstidspunktene. I 2003 oppgis veiledning, rådgivning som hovedformål i 26 % av tilfellene, mens dette er redusert til 19 % i 2005. Samtidig er utredning, vurdering økt fra 7 % til 21 %. Mye tyder på at mange av pasientene er "gjengangere", idet hele 40 % oppgis å ha vært i behandling i tiltaket tidligere, men i dette tallet er også de som er registrert fra forrige år, og som fortsatte behandlingen i registreringsåret.

Det er også verdt å merke seg at det faktiske inntaket av henviste pasienter i 2003 var 64%, mens det i 2005 er 47%. Utfra rapporten fra 2005 kan en ikke trekke slutningen at 53% ikke får behandling ved SMP. Henvisningene kan ha kommet sent på året 2005 og pasientene hadde muligens ikke begynt i behandling på det tidspunktet rapporten ble tatt ut i januar 2006. Dette må ses i sammenheng med at pasienttilstrømmingen har økt. Samtidig oppgis det at antallet som blir satt på venteliste er konstant, mellom 26 – 27 %. Videreformidling til annen instans har økt betraktelig, fra ca. 1 % i 2003 til ca. 10 % i 2005. Andelen som er "avslått" er relativt lite og konstant; ca. 6 %. Det fremgår også av registreringen at andelen som "ikke er avslått eller ikke videreformidlet" i 2003 var hele 91 %, mens denne andelen sank til 78 % i 2005. Det er grunn til å merke seg at nesten ingen blir avslått pga. plassmangel/manglende kapasitet, eller pga. manglende finansieringsgaranti. Derimot har andelen som er avslått fordi de oppgis å være "utenfor målgruppe" økt fra 3,7 % i 2003 til 9,4 % i 2005.

Til sammen gir dette inntrykk av et tilbud som er relativt lett-tilgjengelig og "åpent". Det er verdt å merke seg at det likevel, dersom registreringen er korrekt (her er andelen uregistrerte

svært liten) synes å være noen endringer i hvordan en forholder seg til henvisningene. Det synes som det er særlig tre forklaringer på dette: at henvisningene har økt, at alternative behandlingstilbud (for eksempel i psykiatritjenestene i helseforetaket) har økt, og at det skjer endringer i pasientenes lidelser som innebærer at flere blir ansett å falle utenfor SMP's målgruppe.

#### **4.3. Fysisk tilgjengelighet og betydningen av egenandeler.**

I intervjuene har det vært hevdet at den fysiske tilgjengeligheten vil ha betydning for ikke møtt, slik det ble vist til i studien Kruse & Rohland (op.cit) har gjennomført i USA. Her var avstandene større enn i Østfold (en så høyere ikke-møtt prosent når avstanden ble over 60 miles). I intervjuene hevdes det at avstanden til poliklinikken har betydning særlig fordi pasientene i mange tilfeller er avhengig av offentlig transport. I Indre Østfold vil en kunne oppleve at en arbeidsdag går med dersom en kommer fra en av de kommunene lengst fra Askim. Selv om det er all grunn til å forvente at avstanden her spiller en rolle, er det ikke mulig å vise en slik sammenheng mellom Indre Østfold SMP og de øvrige når det gjelder ikke møtt.

Det andre aspektet ved fysisk tilgjengelighet dreier seg om kontorets plassering i byen. Et par av poliklinikkene har flyttet i løpet av de siste årene. I Askim er poliklinikken flyttet fra sykehuset til gågaten, et svært sentralt strøk. I Sarpsborg er poliklinikken sentralt (og diskret) beliggende, men er for tiden vanskelig å finne (selv for høyt motiverte forskere) på grunn av anleggsarbeid. Det er imidlertid ingen data som indikerer at ikke møtt-frekvensen har økt på grunn av poliklinikkens plassering i bybildet, selv om dette selvsagt kan være en medvirkende faktor.

#### **4.4. Ventetidens betydning for ikke møtt.**

I studien fra det britiske Center for Innovation in Primary Care (1999) viste det seg at ventetid er en viktig forklaringsfaktor på ikke møtt. Som nevnt tidligere gikk ikke-møtt prosenten opp fra 11% til 28% da ventetiden fra utskrivning fra avtale i oppfølgingstjenesten ble lenger enn to uker. Ventetiden til SMP må ses i sammenheng med at noen av pasientene tilbys SMP-behandling mens de venter på institusjonsbehandling som utredningen (i SMP eller i andre deler av spesialisttjenestene) har vist de har behov for. Ventetiden til utredning er ikke

problemet her. Etter pasientrettighetsloven skal utredning skje innen 6 uker, og dette skjer også i praksis. Etter utredningssamtalen kan det imidlertid gå opptil 3 måneder før en får tilbud om time, og denne perioden synes å være kritisk for mange. Det innebærer at mange av de som ikke møter til første ordinære behandlingstid ikke kommer i kontakt med spesialisttjenesten. Et aspekt ved dette er at det etter hvert er blitt bedre rutiner for å purre på pasientene, og også gi beskjed til henvisende instans om at vedkommende ikke møtte til avtalt time. Når dette er et kritisk punkt skyldes det også at pasientene i slike sammenhenger ikke er garantert oppfølging fra kommunetjenestene. Fastlegene vil for eksempel ikke "lete opp" pasienter som ikke har møtt, og selv om en da kjenner til at vedkommende har "hoppet av" behandlingsopplegget før det har begynt, er de mekanismene som kan hente opp igjen vedkommende til behandling relativt fåtallige og svake. Intervjuene gir inntrykk av at de som er koplet til sosialkontorenes støtteordninger har større sannsynlighet for å møte, og vil også ha større sannsynlighet for å ha kontakt med hjelpeapparatet slik at motivasjonen til å starte behandling blir stimulert på nytt.

Ventetiden varierer mellom poliklinikkene. I Fredrikstad opererer en med et par måneders ventetid, mens en for øvrig har langt kortere ventetid. Likevel synes det som om ventetiden øker, og det opplyses i intervjuene at pasienttilstrømmingen innebærer at en også ved de øvrige SMP'ene vil få lengre ventetid etter hvert.

#### **4.5. Behandlingsinnholdets betydning for ikke møtt.**

Det sentrale spørsmålet i frivillig behandling, som SMP-tilbudet representerer, er selvsagt om det oppfattes som nyttig i forhold til å løse pasientenes rusproblemer. To forhold er av interesse her: det første dreier seg om et spørsmål som kom frem i intervjuene flere ganger, i ulike varianter: skal tilbudet tilpasses pasientene, eller skal pasientene tilpasses tilbudet? I dette ligger at innholdet i det tilbudet SMP tilbyr i all hovedsak er relativt standardiserte arbeidsformer, oftest knyttet til terapisaftaler. Et kjennetegn ved denne arbeidsformen er at den forutsetter at pasientene er den aktive part, på to nivå – både ved å skulle oppsøke tilbudet, og ved at den individuelle samtale oftest innebærer at pasienten leverer ut sine vurderinger og synspunkter på egne problemer og lidelser, uten å vite om behandleren i neste omgang kan bidra til å løse eller lindre noen av disse. Dette skaper en sårbar relasjon både mht. pasientens forhold til oppmøtet og møtet med terapeuten.

I følge intervjuene har SMP'ene gradvis fått et større (be-)handlingsrepertoar. Dette innebærer at en bruker mer tid på andre oppgaver enn de "tradisjonelle" terapismøtene. Mange mener at SMP'ene i hovedsak fremdeles fungerer som et "legekontor" i sin arbeidsform. Likevel legges det vekt på at en søker å utfylle denne modellen med andre arbeidsformer, for eksempel etablering av grupper, ambulante tjenester, osv.

Den faglige ideologien i SMP'ene er også etter hvert blitt mer formalisert og eksplisitt, og en karakteriserer det faglige arbeidet som "endringsfokuseret rådgivning". Det er ikke mulig ut fra intervjuene å peke på vesentlige ulikheter mellom SMP'ene i arbeidsmåter eller faglig ideologi, selv om enkelte mener at det eksisterer slike ulikheter fremdeles. Dette synes å bekrefte en eklektisk tilnærming dersom en ser poliklinikkene under ett.

Det springende punktet er da om dette tilbudet anses av pasientene som nyttig, og ikke minst om denne arbeidsformen er tilpasset endringer i pasientpopulasjonen. Dersom aldersfordeling, lidelsesformer (her er selvsagt innslaget av psykiske lidelser viktig), og alvorligheten i pasientenes problemer er økende, vil dette selvsagt kunne innebære at det oppstår en tiltakende diskrepans mellom tilbud og behandlingsform. Dette vet vi i dag lite om, ettersom for eksempel pasienttilfredsundersøkelser om dette etter det vi vet ikke er foretatt.

I intervjuene var dette en sentral problemstilling, som mange av de tilsatte var opptatt av: det heter for eksempel:

*Fordi pasientene er ressursvake, må en være mer aktive enn ellers.... også med vår måte å jobbe på. For pasientene er det ikke alltid lett å komme hit, de må tørre å gå ut, holde avtaler etc. Vår form for arbeid, passer kartet med terrenget? De skal komme hit til spesialisttjeneste, men motivasjon mangler ofte .*

*Vi er i en gråsoner, med frivillighet, er bestillingen til oss riktig? Vi kan kanskje endre oss, og sosialkontoret kan kanskje følge pasienten hit. Kan vi vurdere at en time kan være hjemme hos pasienten., på kafe eller noe annet som fungerer?*

*Vi har ikke diskutert alternative arbeidsmåter. Vi er rimelig gammaldagse og konservative..*



*Vi tror at pasienten nå er dårligere, det sier Østfoldklinikken og alle andre også. Hva gjør en? Fortsetter som før?*

*Ikke møtt kan være et spørsmål om tilpasning mellom pasient og tilbud – i så fall må tilbudet endre seg, ikke klienten. Der har vi kanskje vært litt lite fleksible, men jeg ser at vi har en utfordring der. I dag er det tilbudet vi har konstruert for den lille underskogen av pasienter som er stabile og møter til sine avtaler.*

Et aspekt ved situasjonen for SMP'ene er at det fra 2004 ble gjennomført en økning i egenandelene for konsultasjon. En ville tenke seg at for pasienter med dårlig råd ville dette kunne være "dråpen som får begeret til å flyte over" når en i hverdagen skal beslutte om å møte til konsultasjon eller ikke. I intervjuene ble dette poenget nevnt flere ganger. Det er ikke usannsynlig at dette har spilt inn i mange tilfeller, men det har ikke vært mulig å påvise denne sammenhengen statistisk sett i et lengre tidsperspektiv.

Gjennom intervjuene, der sitatene foran er noen av mange om dette, får en inntrykk av at de ansatte både er selvkritiske i forhold til arbeidsformen, åpne for å prøve ut nye opplegg, og av den oppfatning at det nå skjer endringer i pasientsammensetningen som tilsier at en bør prøve ut nye arbeidsmåter, i tillegg til de etablerte. Dette reiser en del spørsmål knyttet til SMP'enes arbeidsform som vi mener det er grunn til å belyse nærmere. Den positive holdningen som de ansatte har til å prøve ut nye tiltak, kan tolkes som en indikasjon på at man er usikker på om de tiltakene som nå tilbys, er tilstrekkelige. Sett på bakgrunn av at nesten 80% av pasientene har fått rus- og/eller psykiatribehandling tidligere, er det grunn til å stille spørsmål om tiltakene "virker", men her vil en også måtte sette realistiske mål for behandling av den aktuelle pasientgruppen. Mange var opptatte av at enkle mål om at pasientene skal bli "rusfrie" er for enkle til å kunne fungere som resultatmål for pasientgruppen.

På bakgrunn av gjennomgang av en omfattende faglitteratur trekker Johnsen & Nygaard (1995) (se også NOU 2003:4 "Forskning på rusmiddelfeltet") følgende konklusjoner om nytten av behandling:

- Det er ikke én enkelt behandlingsmetode som er effektiv for alle personer med rusmiddelproblemer.

- En rekke studier av ulike grupper har vist at behandling i institusjon ikke gir bedre resultater enn poliklinisk behandling.
- Noen av de beskrevne behandlingsmetoder har gitt bedre behandlingsresultater enn andre behandlingsmetoder og ført til bedre livskvalitet enn ingen behandling i det hele tatt.
- Kortvarig, motiverende rådgivning kan være effektivt sammenlignet med ingen behandling. Disse behandlingsmetodene kan være kostnadseffektive sammenlignet med omfattende og intens behandling.
- Behandling av andre problemer enn rusmiddelproblemet kan forbedre behandlingsresultatet.
- Egenskaper ved terapeuten har betydelig innvirkning på behandlingsresultatet.
- Behandlingsresultatet påvirkes av samspillet mellom en rekke faktorer som pasientens motivasjon for behandling, pasientens sosiale situasjon etter endt behandling, egenskaper ved individet som søker behandling og type rusmiddelproblem.
- Pasienter som behandles for sine rusmiddelproblemer vil oppnå høyst forskjellige behandlingsresultater med hensyn til rusmiddelbruk.
- Det er stort frafall av pasienter i behandlingstiltakene for stoffavhengige, hvilket sannsynligvis har sammenheng med graden av psykiatrisk sykkelighet.

De pasientene som reduserer rusmiddelbruken betydelig eller som blir rusfrie, vil som oftest oppleve forbedringer på flere områder. Dette gjelder særlig hvis perioden med betydelig redusert forbruk blir langvarig.

Vår oppsummering av denne gjennomgangen, er at den understreker behovet for å yte et individuelt tilpasset og helhetlig tilbud til pasientene. De dataene som vi har presentert foran viser at denne pasientgruppen har en opphopning av problemer. Det er derfor grunn til å tro at det er vanskelig å få til en løsning på rusmisbruket hvis ikke arbeidet ved SMP er en del av et helhetlig tilbud til pasienten. En hypotese som vi ikke har kunnet verifisere, er at gode henvisninger medfører at pasientene møter i større grad enn de som har ufullstendige henvisninger. Som vi har vært inne på tidligere, kan gode henvisninger være uttrykk for at pasienten allerede har et skikkelig tilbud knyttet til andre problemstillinger enn rus. I så fall er dette en indikasjon på at mer omfattende tilbud enn det SMP'ene normalt tilbyr, reduserer ikke møtt. Det er derfor grunn til å spørre om ikke møtt kan være en indikasjon på at

SMP'ene bør endre sin arbeidsform. Våre data gir ikke klare data på dette, men vi synes dette er en problemstilling som SMP'ene bør arbeide videre med.

Vi vil også peke på et annet poeng. Selv om pasientene trenger et mer omfattende tilbud enn det SMP'ene yter, så er det ikke sikkert at det er SMP'ene som skal yte dette utvidete tilbudet. SMP'ene er en del av spesialisttjenestene. Det er kommunene som i hovedsak har ansvar for å yte helhetlige tilbud til pasientene. Å styrke samarbeidet med kommunene og andre tjenesteytere, kan også være en god strategi for å gi pasientene et mer helhetlig tilbud. Et hjelpemiddel som skal kunne bidra til å samordne tjenestene er individuelle planer. Vanligvis er det mest naturlig at det er kommunene som tar ansvar for å utarbeide individuelle planer. En strategi for å sikre at kommunene tar ansvar for å gi pasientene et helhetlig tilbud, er at SMP'ene ber kommunene om at det blir utarbeidet individuelle planer for de av pasientene som har behov for et helhetlig og samordnet tilbud.

Mange av de ansatte peker på at terskelen for å få hjelp er for høy. Slik terskelproblematikk (Bleiklie & al 1993) og former for portvokterordninger (Rønning & Solheim, 1998) er velkjente fenomener i velferdssektoren. I denne sammenhengen bidrar henvisningsordninger og egenandeler, egenskaper ved pasientene som begrenser deres muligheter til å møte opp, og SMP'enes arbeidsform der de stort sett sitter på sitt kontor og tar imot de pasientene som kommer, til å etablere slike terskler. Flere av SMP'ene arbeider nå med å etablere former for ambulante tjenester. Dette er åpenbart en løsning som kan bidra til å redusere slike terskler. I den grad terskler er en forklaring på ikke-møtt, så er det grunn til å forvente at ambulante tjenester vil bidra til å redusere dette fenomenet.

Det er også flere av de ansatte som peker på det potensialet som finnes i å samarbeide med de kommunale tjenestene. Det er i kommunene en utbredt praksis med å følge opp pasientene i deres eget hjem. Et tett samarbeid med kommunale tjenester kan da bidra til at for eksempel kommunale psykiatriske team følger opp pasientene både før avtaler og etter at de ikke har møtt til en avtale. Slik sett kan man da redusere noen av de tersklene som pasientene opplever.

## **5. Er ikke møtt et produktivetsproblem?**

### **5.1. Produktivetsproblemet.**

Som nevnt innledningsvis er det i den helsepolitiske debatten blitt større fokus på produktivitetstapet ikke-møtt-problemet representerer, både i somatikken og psykiatrien. Som oftest er diskusjonen knyttet til beregninger av det totale omfanget produktivitetstapet har dersom mer avgrensede studier er representative. Det kan heller ikke være vil om at det generelt er et produktivitetstap knyttet til ikke-møtt. Likevel vil vi påpeke at de tekniske beregningene som er foretatt av dette må kvalifiseres i forhold til innhold og arbeidsorganisering i tjenestetilbudet før en trekker entydige konklusjoner.

Her skal vi diskutere ikke møtt i lys av at produktivitetstapet ved ikke møtt ved SMP ytre sett fortøner seg som meget alvorlig, i og med at en teknisk beregning av den typen vi har referert til foran forutsetter at det faktisk ikke produseres noe i den tiden ikke-møtt finner sted. Vi vil anta at denne forutsetningen vil være gjeldende i varierende grad mellom ulike helsetjenester der ikke møtt er et problem. En sentral hypotese kan være at sammenhengen mellom omfanget ikke møtt og produktivitetstap er stort der en har mono-funksjonelle virksomheter (som kanskje et tannlegekontor kan være eksempel på), mens denne sammenhengen ikke er entydig når en studerer multi-funksjonelle virksomheter. I slike virksomheter vil en kunne erstatte arbeidsoppgaver som tapes gjennom ikke møtt med andre oppgaver som også må utføres. Slik vi ser det er dette tilfellet både for psykiatriske poliklinikker og for SMP. Her vil en derfor anta at produktivitetstapet i mindre grad er ekvivalent til omfanget av ikke møtt.

### **5.2. En vurdering av produktivitetstapet ved ikke møtt.**

I denne forbindelse vil vi ta utgangspunkt i at det allerede er gjennomført studier av det produktivitetstapet ikke møtt representerer i psykiatriske poliklinikker. Her er omfanget av ikke-møtt nesten like stort som i SMP, ca. 30 % på landsbasis. Sintef gjør jevnlig analyser av psykiatrien som helhet (Samdata psykiatri) og har også gjennomført en spesiell analyse av psykiatriske poliklinikker (Hatling, Røhme 2005). Etter vår oppfatning kan en legge til grunn at arbeidet ved psykiatriske poliklinikker på mange måter kan sammenlignes med virksomheten på sosialmedisinske poliklinikker.

Hatling et al (2005) lar bl.a. de ansatte ved de psykiatriske poliklinikkene registrere hva de bruker tiden til. Som nevnt er ”ikke-møtt”-omfanget også her ca. 30 %. Tidsregistreringen viser imidlertid at kun ca 2 % av tiden går med til å vente på pasienter som ikke møter opp. Vi understreker at dette er registrering av faktisk medgått tid. Dersom en pasient ikke møter og behandleren går over til å løse andre oppgaver, så registreres dette i den aktuelle kategorien.

Dette stemmer godt overens med det bildet vi fikk fra de fem SMP’ene. Stort sett brukes den tiden som blir ledig fordi pasienter ikke møter til andre oppgaver. I praksis er det snakk om å skrive brev og uttalelser, ta telefoner etc. Dette er likevel et sårbart system som følgende historie illustrerer. En av poliklinikkene manglet i en periode sin merkantilt ansatte. Det betydde at behandlerne selv måtte gå ut på venterommet og hente pasientene. Når en pasient ikke møtte til rett tid, måtte behandleren da jevnlig gå ut for å sjekke om pasienten var kommet for sent. Dette skapte en del uro i forhold til å sette seg ned med andre oppgaver.

Fra Sintef’s undersøkelse vet vi også at gjennomsnittlig konsultasjoner ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene er i underkant av 400 pr. årsverk. Gjør vi samme utregning for SMP’ene finner vi at gjennomsnittlig konsultasjoner pr. stilling er ca 380. Sintefs rapport gjelder som nevnt psykiatriske poliklinikker, men noen av disse har også spesialteam for rusbehandling. Disse spesialteamene har en noe høyere andel (2,6 %) med tid som går med på å vente på pasienter som ikke møter. Disse teamene bruker også mindre tid på individuelle konsultasjoner enn andre poliklinikker. Det er derfor grunn til å anta at antall konsultasjoner ved disse teamene er lavere enn gjennomsnittet.

Sammenligning mellom SMP og psykiatriske poliklinikker viser at produktiviteten – definert som antall konsultasjoner - ved SMP’ene er på nivå med landsgjennomsnittet for de psykiatriske poliklinikkene. Det er stor variasjon både i produktivitet og i andel ikke møtt. Likevel viser det seg at det ikke er slik at de med stor produktivitet har særlig større eller lavere grad med ikke møtt enn de med lavere produktivitet. Vi ser også at både produktivitet og andel ikke møtt varierer fra år til år – dette tyder på at ulike pasienter gir ulik arbeidsbelastning, men også at det er en rekke andre forhold som kan forklare variasjon over produktivitet, uten at vi har hatt anledning til å gå nærmere inn på dette i denne forbindelse.

I intervjuene blir det hevdet at en tar høyde for ikke møtt dels ved å planlegge flere konsultasjoner enn de som faktisk finner sted – med andre ord at en legger inn en buffer for å sikre at produktiviteten (forstått som antall konsultasjoner) blir ivaretatt best mulig. I tillegg er intervjuene entydige i sin påpeking av at en ”ikke sitter og venter”, men at det er en rekke nødvendige arbeidsoppgaver som må gjøres.

*Ikke møtt medfører ikke et adm problem fordi de har mer enn nok andre oppgaver å gjøre.*

*SMP-tilbudet er et puslespill – noen kommer ikke – andre trenger akutt hjelp der og da, pr. telefon eller annet - dette kan ofte oppveie hverandre.*

*Hadde alle møtt hadde det blitt et problem for da hadde man ikke fått gjort de uplanlagte oppgavene*

*En del skrivearbeid blir ikke registrert – formelle erklæringer til trygdekontor blir registrert, mens andre uttalelser (lånekasse – sosialkontor) ikke blir det.*

*- Hva gjør en på SMP når en har IM? Konkret i ”ventetiden”?*

*- En rekke avklaringer, journalnotater, søknader til andre institusjoner har økt veldig, samarbeid med andre aktører – mye av tiden som går på IM er skriving, men ikke noe aktivt rundt IM-personen.*

*- Utviklet seg en type ”overbooking” – oppgaver ligger der og venter. Når det er en IM så har jeg nok å ta av. Hvis alle møtte måtte vi organisere disse oppgavene på en annen måte – vi setter oss ikke ned og drikker kaffe!*

*- det har skjedd endringer etter rusreformen – vi har fått masse nye oppgaver; aktivitetsregistrering, veldig mye mer aktivitetsregistrering vi ikke har opplæring/rutiner på – hva gjør vi med det en skriver, vi gjør så godt vi kan – men mange SMP’er kunne vært bedre på å registrere hva en faktisk gjør – for eksempel at det ikke kan dokumenteres hva vi faktisk gjør ”innimellom”.*

- Kan tenke oss at det er et systemproblem og et pasientproblem – men ikke sikkert at det er begge deler – kan være et pasientproblem men ikke et systemproblem fordi det er full aktivitet hele tiden.

- Vi har mange oppgaver – saker som venter, mange telefoner som skal tas, vi oppdaterer oss, det blir ikke dødtid...

- Hvis alle møtte ville de andre oppgavene måtte tas om kvelden, men papirarbeid om kvelden vil vise at en ikke har lagt opp til det i planleggingen av arbeidsdagen. Hvis alle møtte, hva ville da skje, da måtte vi sitte etterpå.

- Det er jo en nyttig kommentar at vi får lastet inn i vårt system en ren somatisk modell mht. aktivitetsmålinger og kvalitetsarbeid – og når det gjelder terapeutisk arbeid som vi har erfaring og utdanning til vet vi at det krever tid, som ikke kan måles, tid både til samtaler og oppdatering av det terapeutiske innholdet. Noe som feltet trenger er å målbære det som er spesifikt ved en terapeutisk institusjon som arbeider med samtaler primært.

- Opplever en endring med utredningsansvaret som er økt, å foreta medisinsk forsvarlige vurderinger innenfor stramme tidsfrister. Mer marginale pasienter nå – mer forespørsler, men vi har ikke akutt – poliklinikk/legevakten har ansvar for det – men vi har tilstander tettere innpå det – presser på og utfordrer planlagt arbeid. Nå er det flere ting som skjer ikke-planlagt pga. det.

- Vi sitter ikke og venter. Løst dette ved at vi i ledermøter besluttet å kalle inn fryktelig mange fordi vi vet at det er mange ”ikke møtt”.

- Journaler, brevskrivning, kontakt med samarbeidsinstanser. Men det går likevel litt tid, selv om vi begynner å gjøre andre ting etter litt venting..

- Jeg oppfatter ” ikke møtt” som et problem i den grad det sier noe om at vi ikke treffer, at terskelen er for høy, tilbudet vårt for smalt eller for lite interessant – da er det et problem. Mange ”ikke møtt” fordi folk begynner å ruse seg.

Intervjuene bekrefter at en har tatt høyde for ikke møtt ved å kalle inn flere enn det en ellers ville gjort, og at en etter hvert har utvidet arbeidsoppgavene slik at en kan fylle igjen ”hullet” etter ikke møtt med andre nødvendige oppgaver. Samtidig viser intervjuene også til at en er redd for at en skal bli underlagt en styringslogikk som ikke er forankret i det særegne ved det arbeidet som utføres, og der det terapeutiske arbeidet er sentralt. Generelt oppfattet de intervjuede ved SMP ikke møtt primært som et pasientproblem, som en indikasjon på at en ”ikke treffer” i forhold til pasientgruppen - mer enn som et produktivetsproblem. Likevel var mange opptatte av at det også var et problem i organiseringen av hverdagen, og at en også tapte tid på å vente før en satte seg ned med andre oppgaver.

I profesjonelle organisasjoner må arbeidsorganiseringen tilpasses den enkelte. Dette er viktig i forhold til å kunne velge en forsvarlig tilnærming til hver enkelt pasient. Dette er også et ansvar den enkelte har i forhold til helsepersonelloven § 4. Vi har sett at det er en viss forskjell i produktivitet både mellom hver enkelt behandler og mellom de fem SMP’ene. Dette varierer også over tid. Dette ser vi ikke som noe problem. En organisasjon som SMP må kunne ha en viss forståelse for at den enkeltes produktivitet varierer. Dette kan skyldes forhold ved pasienten selv, eventuelle samarbeidsparter eller kanskje fordi det er nødvendig med en mer omfattende faglig oppdatering. Vi antar også at noen ansatte løser spesielle oppgaver som å utforme erklæringer til trygdekontoret, bedre enn andre. En utfordring i forhold til produktivitet blir å tilrettelegge slik at de av de ansatte som synes det er vanskelig å løse visse oppgaver, kan få nødvendig hjelp og oppfølging for å løse slike oppgaver.

Et aspekt ved denne delen av analysen er at den viser at SMP som en multifunksjonell virksomhet i liten grad har lyktes i å dokumentere hvordan tiden fordeles innenfor det oppgavespennet en opererer med. I intervjuene var bekymringen derfor at en risikerer at andre ikke kan forstå arbeidsomfang og karakteren av arbeidet. *”Det som ikke kan telles, teller ikke”* het det i flere sammenhenger om dette. Behovet for å dokumentere tidsbruken gjennom tidsstudier ved SMP, slik Hatling et al (op. cit) beskriver at en har gjort det ved de psykiatriske poliklinikkene, kan bli større dersom en underlegges et effektivitetsregime som etter hvert gjør seg gjeldende i hele helsesektoren. Vi har konkludert med at produktiviteten i SMP’ene er på linje med sammenlignende virksomheter som DPS’er. Spørsmålet er om samfunnet anser denne produktiviteten som akseptabel eller om man nå setter denne sektoren under et press for å øke produktiviteten. Hatling et al (op. cit) mener at det er et grunnlag for å øke produktiviteten i DPS’ene, men at dette krever en klarere prioritering av oppgavene i



DPS'ene. Slike prioriteringer er en klar utfordring for ledelsen. Det er god grunn til å tro at SMP'ene kommer til å møte tilsvarende krav om økt produktivitet og at dette i denne sammenhengen også vil bli en sentral utfordring for ledelsen i nær fremtid. Behovet for å få frem tydeligere styringsdokumenter enn det man har i dag, kommer trolig til å øke.

### **5.3. Noen konklusjoner om produktivitetstapet.**

Vi har i dette kapitlet diskutert spørsmålet om ikke møtt representerer et produktivetsproblem med utgangspunkt i to forhold: det særegne ved de arbeidsoppgavene som utføres ved SMP, og intervjuene med de tilsatte som indikerer at det, med et visst tap knyttet til venting på pasienten, er en rekke arbeidsoppgaver som utføres når ikke møtt finner sted. Dette samsvarer godt med de studiene som er foretatt av de psykiatriske poliklinikkene på nasjonal basis. Mye tyder på at den tidsregistreringen som er foretatt der kan anses som et grovt mål for produktivitetstapet også i SMP. Samtidig vil vi anta at det kan være noe høyere enn de 2 % som er registrert i de psykiatriske poliklinikkene. Her støtter vi oss på at de poliklinikkene som har spesialteam for rusproblemer viser til et noe høyere produktivitetstap. Samtidig er egenskapene ved pasientene som benytter SMP et ytterligere argument for et noe høyere produktivitetstap.

Det må understrekes at dataene vi har tilgang på ikke gir grunnlag for eksakte beregninger av dette. Likevel er hovedkonklusjonen at det så langt vi kan se ikke synes som om ikke møtt primært er et produktivetsproblem.

## 6. Forslag til tiltak.

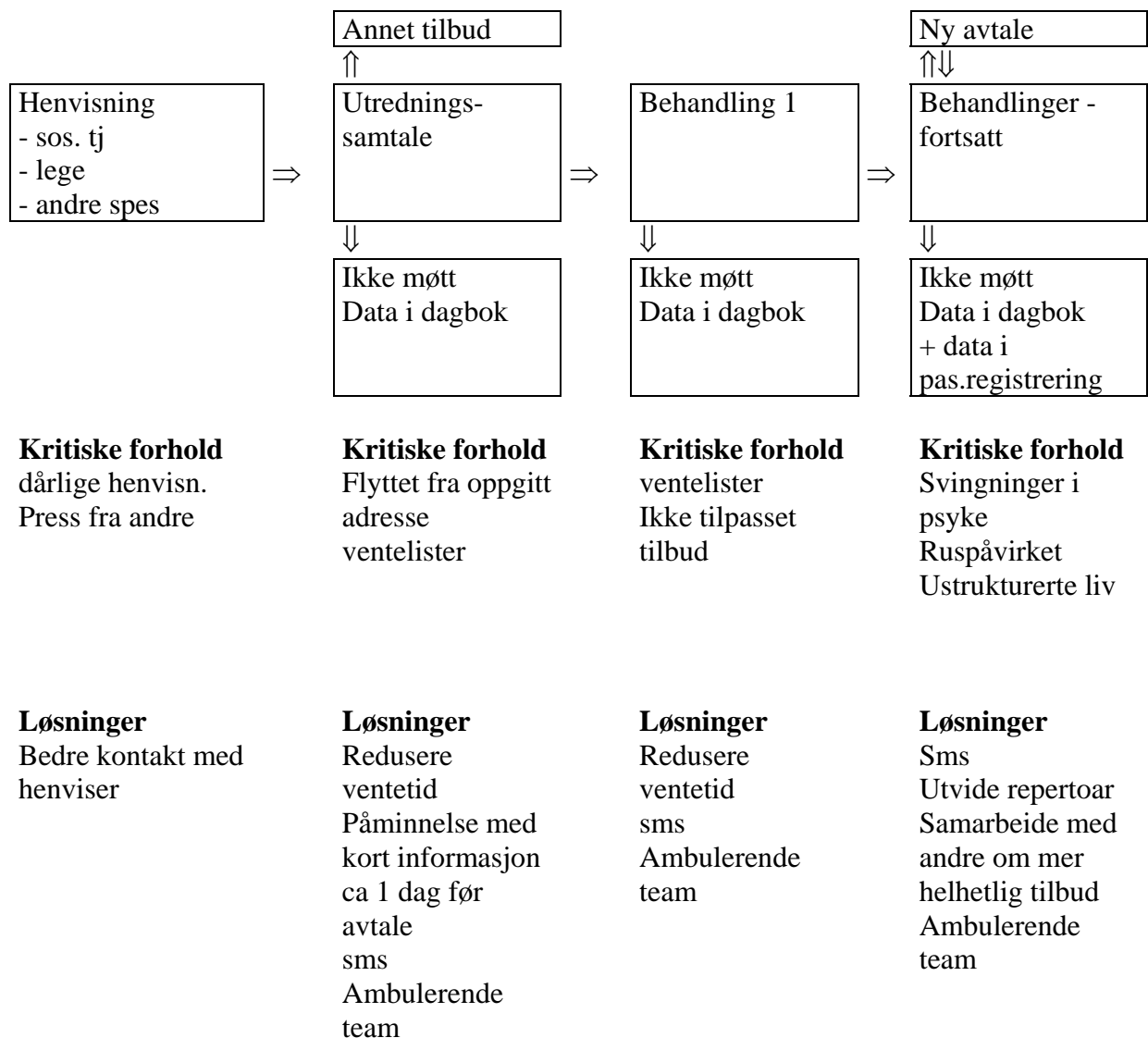
Så langt har vi pekt på ulike egenskaper både ved pasientene og ved organisasjonen som kan forklare den store andelen med ikke møtt. Vi skal nå gå over til å se nærmere på konkrete forslag til hvordan utfordringene med ikke møtt kan håndteres slik at andelen blir redusert.

Våre forslag kan deles i to; organisatoriske løsninger og praktiske tiltak. Fra andre undersøkelser ser vi at ulike former for påminnelser, synes å ha positive virkninger. Dette er pasienter som har mindre orden på livet sitt enn folk flest. Vi mener derfor at det er gode grunner for å prøve ut en ordning med en kort påminnelse via sms ca ett døgn før avtale. Det bør også vurderes om noen pasienter trenger en slik oppfølging at det er ønskelig med en kort telefonsamtale. Begge disse løsningene forutsetter at pasientene disponerer en mobiltelefon. Hvorvidt dette er en realistisk forutsetning, vet vi ikke. Vi vil også understreke behovet for en rask oppfølging overfor pasientene etter at de er blitt henvist. Ventetid på mer enn to uker fra henvisning til utredningssamtale, ser ut til å øke risikoen for ikke møtt betraktelig. Det ser også ut som at det er viktig at innkallingen til slike samtaler gir god og kortfattet informasjon.

Den sentrale organisatoriske utfordringen for SMP'ene er sannsynligvis å styrke samarbeidet med andre deler av tjenesteapparatet med sikte på å gi pasientene et mer individuelt tilpasset og helhetlig tilbud. De mulighetene SMP'ene selv har til å variere og utvide tilbudet sitt, bør prøves ut. Man bør likevel være forsiktig med å utvide tilbudet slik at man kompenserer for manglende kommunale tilbud. Ulike former for forpliktende samarbeid gjennom ACT (Asserted Community Treatment) vanlige ansvarsgrupper og individuelle planer, er løsninger som kan tas i bruk.

Etablering av ulike former for lavterskeltilbud eller ambulante tjenester, gjerne i samarbeid med kommunene, kan redusere terskelproblematikken. Det bør derfor være grunnlag for å tro at også en slik løsning kan redusere ikke møtt fenomenet.

Vi kan oppsummere forslagene våre i følgende modell:



Den tilnærmingen vi har presentert innebærer med andre ord at en ser på ulike stadier i behandlingsforløpet – fra henvisning til avslutning av behandlingen. På hvert av de nevnte punktene i forløpet er det identifisert problemer som kan skape økt ikke-møtt frekvens. Slik vi ser det er det derved ikke et enkelttiltak som vil løse ”ikke-møtt”-problematikken, men flere.

Det dreier seg om

1. at SMP’ene og henvisende instans forbedrer kontakten før utredningssamtale
2. at en arbeider for å redusere ventetid mellom utredning og 1. behandlingssamtale

3. påminnelse i form av sms
4. bruk av ambulerende tjenester
5. organisatoriske løsninger i form av utvidet handlingsrepertoar
6. samarbeid med blant annet kommunene om et mer helhetlig tilbud hvori inngår ambulerende tjenester.

## 7. Oppsummering

Vi har i denne rapporten sett nærmere på fenomenet ikke møtt ved SMP'ene i Østfold. I utgangspunktet er antall planlagte konsultasjoner som ikke blir gjennomført urovekkende høyt. Dette inntrykket er imidlertid modifisert etter at vi nå har prøvd å analysere dette fenomenet nærmere. Fra andre undersøkelser vet vi at fenomenet eksisterer i store deler av velferdssektoren, men sjelden i samme omfang som her. Vi har derfor sett nærmere på to hovedgrupper av årsaksfaktorer.

En analyse av pasientgruppen viser at dette er en gruppe som kjennetegnes av en opphopning av problemer. Vi har prøvd å isolere en eller flere av disse kjennetegnene for å finne ut om det er en eller flere bestemte årsaker til ikke møtt. Vi finner ikke noen spesielle kjennetegn ved denne gruppen som kan forklare ikke møtt. Vår konklusjon er derfor at det er de generelle kjennetegnene på gruppen med vanskelige levekår og opphopning av problemer som kan forklare den høye andelen ikke møtt.

På samme måte har vi sett på hvorvidt det er spesielle kjennetegn ved organisering og arbeidsformen ved SMP'ene som kan forklare ikke-møtt fenomenet. Selv om det nok er indikasjoner på at det kan være hensiktsmessig med en gjennomgang av både organisering og arbeidsformer, med sikte på å utvide klinikkens repertoar, er det ikke noe i våre data som tyder på at dette vil ha stor innflytelse på ikke møtt. Vi ser likevel at det kan være en viss form for skjevhet i det omfattende behovet pasientene har og det avgrensede tilbudet SMP'ene gir. Det synes likevel å være u hensiktsmessig å løse denne utfordringen ved å sørge for at SMP'ene utvider sitt tilbud i vesentlig grad. Bedre samarbeid med andre, først og fremst kommunale tjenester, om å gi et mer omfattende og helhetlig tilbud, fremstår som en mer fornuftig løsning.

Det mest overraskende ved undersøkelsen er hvor lite den store andelen ikke møtt har å si for produktiviteten for ved SMP'ene. Det synes klart at det har utviklet seg en praksis ved klinikkene der man tar høyde for en viss ikke-møtt andel. Selv om ikke-møtt åpenbart er et fenomen som skaper en viss grad av usikkerhet og stress i organisasjonen, så er dette altså i liten grad et problem som påvirker produktiviteten.

Vår konklusjon er derfor at "ikke møtt" i større grad er et problem for pasientene enn for SMP'ene. Vi mener likevel at denne rapporten gir grunnlag for å anbefale at det settes i verk en del konkrete tiltak, både med sikte på spesifikt å redusere ikke møtt andelen, og med sikte på å gi pasientene et bedre tilbud. Våre forslag kan oppsummeres slik:

- Bruk av sms for å minne pasientene om avtalene
- Utsending av et kort og informativt skriv før vurderingssamtalene
- Redusere ventetid, både til vurderingssamtale og til første behandlingssamtale
- Bruk av ambulante tjenester
- Styrking av samarbeidet med kommunale og andre relevante tjenester.

# Litteratur

- Bandolier Journal (1999): *Did not attend* (editorial); Bandolier Journal 1999:69-4, Oxford  
<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/band69/b69-4.html>
- Banks & al (2002): Comparison of various characteristics of women who do and do not attend for breast cancer screening, *Breast Cancer Res* 2002;4(1):R1
- Bleiklie I m. fl. 1994 *Forvaltningen og den enkelte*, i Christensen T og Egeberg M  
*Forvaltningskunnskap*, Tano Oslo
- Centre for Innovation in Primary Care (1999): *Did Not Attends – Who are they and what can we do about them?* Oversiktsartikkel Sheffield
- Danermark, B & al (2003): *Att förklara samhället*, Studentlitteratur Lund
- Gråwe RW, Hagen H, Husum TL, Pedersen PB, Ruud T: (2005): *Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykis helsevern for voksne - september 2004*. STF78 A055013. Sintef Trondheim
- Hatling T, Røhme K, Bjørngaard JH. (2005): *Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Sluttrapport*. STF78 A055014. Sintef Trondheim
- Hon K L, Leung T F & Ma K C (2002): *Issues regarding nonattendance at a paediatric dermatology centre*, *Clinical and Experimental Dermatology* 27, 711-713, Blackwell Science Ltd.
- Jacobsen D I (2002) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Høyskoleforlaget Kristiansand
- Johnsen, J og Nygaard, E 1995: *Effekter av behandling En utredning om effekten av ulike behandlingsmetoder (internasjonalt) Samfunnsøkonomiske aspekter ved alkoholist-behandling* Rusmiddeldirektoratet/SHD
- Kruse G R og Rohland B M (2002) *Factors associated with attendance at a first appointment after discharge from a psychiatric hospital* *Psychiatric Services* (Washington, D.C.) [Psychiatr Serv] 2002 Apr; Vol. 53 (4), pp. 473-6.
- Kvale S (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*, Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Miles M B & Huberman A M (1994): *Qualitative Data Analysis*, (2. ed) Sage publications, London
- NOU 2003:4 *Forskning på rusmiddelfeltet*
- Ramsdal og Hansen (2005): *Om sirkelens kvadratur – Psykisk helsearbeid møter bestiller - utførerorganisasjonen* Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2005:2, 134-148
- Reda S & Makhoul: *Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness*, The Cochrane database of Systematic Reviews 2001, Issue 2
- Sandvik, H (red) (2006) *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005*, Norges forskningsråd, Oslo
- Sintef: Samdata Psykiatri
- Solheim, L J og Rønning, R (1998) *"Hjelp på egne premisser"* Oslo, U-forlaget

Wang og Schiøth (2000), *Ikke møtt til avtalt time – et problem?* Norsk Tannlegeforenings Tidsskrift 2000: vol. 10: 874 – 7

Yin, Robert K. (2003): *Case Study Research – Design and Methods*, (3. ed), Sage Publications, Thousand Oaks