



Kartlegging av pasienter som avbryter eller ikke møter til rusbehandling ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF.

Delrapport 1 fra prosjekt «Hindre drop-out fra
rusbehandling» ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF.

Vanja Brox, prosjektleder

Marita K. Eilertsen, prosjektmedarbeider

Vidar Hårvik, erfaringskonsulent

Tom Jakobsen, prosjektmedarbeider



Innhold

1. Bakgrunn og utførelse av kartleggingen	2
1.1 Utvalg og formål.....	2
1.2 Arbeidsprosessen	3
2. Resultater.....	4
2.1 Samlet resultat fra hele datatuvalget	4
2.2 Russeksjon Tromsø, Avrusning (RTA).....	8
2.3 Russeksjon Narvik, Avrusning (RNA).....	8
2.4 Russeksjon Narvik, Døgn (RND)	9
2.5 Russeksjon Narvik, Poliklinisk virksomhet	10
2.6 Russeksjon Tromsø, Ruspoliklinikken	10
2.7 Russeksjon Tromsø, Rusbehandling ung.....	11
2.8 Russeksjon Tromsø, Rusbehandling Restart	12
2.9 Logistisk regresjonsanalyse.....	13
3. Oppsummering	16
Referanseliste	17



1. Bakgrunn og utførelse av kartleggingen

Drop-out teamet ved Psykisk helse- og rusklinikken UNN HF, har siden høsten 2014 deltatt i et nasjonalt kvalitetsutviklings prosjekt, koordinert av Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB), som omhandler å hindre drop-out fra rusbehandling. Formålet med prosjektet er blant annet å utvikle behandlingstiltak som skal bidra til å redusere drop-out fra behandling. Det nasjonale prosjektet baserer sitt arbeid blant annet på forskning presentert i artikkelen *Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors* (2013) skrevet av Hanne Brorson, Espen Ajo Arnevik, Kim Rand-Hendriksen og Fanny Duckert. De har utført en metaforskning der de har gjennomgått 122 studier fra tidsperioden 1992-2013 som omhandler drop-out fra behandling. Her fremkommer det at de hyppigst forekomne risikofaktorene for drop-out er lav alder, kognitiv svik, lav allianse med behandler og personlighetsforstyrrelse.

Drop-out teamet ved UNN HF er som nevnt ovenfor en del av et nasjonalt prosjekt, men ved siden av å utvikle og prøve ut behandlingstiltak i samråd med det nasjonale prosjektet, har vi hatt et ønske om å utvikle tiltak som prøves ut lokalt i vårt HF. Med bakgrunn i dette ønsket anså vi det som nødvendig å få en oversikt over omfanget av drop-out i våre enheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Ved oppstart av dette arbeidet var prosjektgruppen av den oppfatningen at UNN HF har større utfordringer ved at pasienter ikke møter til behandling enn ved at de avbryter behandlingen. Det ble derfor besluttet at vi skulle kartlegge oppmøte og eventuelle avbrudd i våre rusbehandlingsenheter. Da UNN HF sitt pasientjournalssystem, DIPS, ikke gjør det mulig å hente ut statistisk data over disse områdene, ble det besluttet at kartleggingen måtte gjøres manuelt ut fra journal.

Før vi kunne starte opp selve arbeidet med kartleggingen ble det viktig for oss å definere hva vi anså som "drop-out" og "ikke møtt" til behandling. Vi har utarbeidet følgende definisjoner som er gjeldene for det resterende arbeidet med kartleggingen:

«Ikke møtt»: Når en pasient ikke møter til behandling og henvisning avsluttes som et resultat av dette.

«Drop-out fra poliklinikk»: Når en pasient avbryter behandlingen mot behandlers anbefalinger eller når henvisningen avsluttes pga. at pasienten over lengre tid (måneder) ikke møter til sine timeavtaler og behandler ikke oppnår kontakt med pasienten.

«Drop-out fra døgnbehandling»: Avslutning av et pasientforløp regnes som drop-out fra døgnbehandling dersom pasienten har vært innlagt på døgnavdeling og forlater behandlingen på eget initiativ (både ved å gi beskjed og ved uteblivelse) uten å returnere i løpet av 7 døgn, eller når behandlingsstedet avbryter pasientens behandling pga. uhensiktsmessig adferd eller rusinntak.

1.1 Utvalg og formål

Grunnlaget for kartleggingen er henvisninger mottatt i perioden 01.01.14-30.06.14 som er innvilget behandling i UNN HF sine TSB enheter, herunder Russesksjon Tromsø ved enhetene Ruspoliklinikken, Avrusning, Rusbehandling Restart og Rusbehandling ung og Russesksjon Narvik ved enhetene Døgn, Avrusning og poliklinisk virksomhet. Henvisninger der pasienten ble innvilget LAR behandling uten annen type døgn/poliklinisk behandling, pårørende behandling,



spilleavhengighetsbehandling og behandling i forebyggende familieteam, er ekskludert fra kartleggingen. Bakgrunnen for denne ekskluderingen er at vi erfarer at det er en forholdsvis høy grad av oppmøte og fullføring av behandling hos pasienter innvilget disse typene behandling, noe som gjør at de ikke er i målgruppen som vi ønsker å kartlegge. Det skal understrekes at denne pasientgruppen er relativt liten og påvirker dermed ikke resultatene i noen vesentlig grad.

Som nevnt tidligere har vi brukt DIPS for å hente ut en oversikt over henvisninger mottatt i en gitt periode. Vi har brukt virksomhets/ventelisterapport med kode 6813; "henvisninger mottatt i en periode", som utgangspunkt for kartleggingen. Ved manuell gjennomgang av rapporten fremkom det at 414 henvisninger ble mottatt i ovennevnte periode der pasient ble innvilget behandling ved en av UNN HF sine seksjoner innenfor de behandlingstypene vi har valgt å inkludere i kartleggingen. For å hente ut data fra disse henvisningene har vi lest journalene til samtlige pasienter i vårt utvalg og hentet ut følgende informasjon om pasienten:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| - Kjønn | - Gav pasient beskjed ved ikke møtt til behandling |
| - Alder | - Behandlingstype |
| - Sivilstatus | - Avslutningsårsak for behandling |
| - Har pasienten barn | - Ved behandlingsavbrudd, hvilken årsak |
| - Har pasienten barn under 18 år | - Ved eventuelt behandlingsavbrudd, hvilken uke |
| - Har pasienten omsorg for barn | - Boligstatus |
| - Bostedskommune | - Ved brudd/ikke møtt, er det planlagt videre behandling |
| - Yrkesstatus | - Ble pasienten kontaktet av behandlingsstedet før behandlingssoppstart |
| - Henvisende instans | - Hvor mange uker før behandlingssoppstart ble pasienten kontaktet av behandlingsstedet |
| - Innleggelsesgrunnlag | - Fikk behandlingsstedet kontakt med pasient |
| - Diagnose (rus) | - Har behandlingssted vært i kontakt med hjelpeapparat/pårørende før behandlingssoppstart |
| - Er pasient tidligere henvist | |
| - Antall uker ventetid | |
| - Møtte pasienten til behandling | |
| - Måned for ikke møtt til behandling | |

Det vi gjennom kartleggingen har ønsket å se nærmere på er hovedsakelig:

- Omfanget av drop-out fra behandling i UNN HF sine TSB enheter
- Omfanget av ikke møtt til behandling i UNN HF sine TSB enheter
- Er det noen faktorer som påvirker til at pasienten møter/ikke møter til behandling
- Er det noen faktorer som påvirker til at pasienten fullfører/ikke fullfører behandlingen

1.2 Arbeidsprosessen

Kartleggingen ble startet opp den 19.02.15. En hadde før dette innhentet godkjenning fra personvernombudet UNN HF til å utføre dette arbeidet. Videre hadde vi klarlagt hvilke data vi ønsket å registrere, samt at et datasett i SPSS var utviklet for registrering av disse.

For å hente ut all ønskelig informasjon har vi lest henvisninger, epikriser og relevante journalnotat på samtlige henvisninger i gitte periode. De fleste data vi ønsket å uthente kom tydelig fram i pasientjournalene, men vi opplevde at vi i noen tilfeller måtte gjøre skønnsvurderinger i forhold til «drop-out» fra behandling. Skønnsvurderingene ble gjort av teamets medarbeidere som har flere års klinisk erfaring fra fagfeltet og ble gjort i følgende tilfeller:



- Behandlingsforløp der pasienten over flere måneder ikke hadde møtt til polikliniske timer eller hatt telefonkontakt med behandler, men henvisningen sto fortsatt åpen uten noen form for avklaring om videre behandling. I disse tilfellene ble det registrert som «drop-out».
- Pasienten valgte etter lengre tid i døgnbehandling å avslutte behandlingen pga. at vedkommende anså seg ferdig behandlet. Dersom det ikke er nevnt i journalen at dette er imot beholders anbefalinger, er dette vurdert til å registreres som «fullført behandling».

2. Resultater

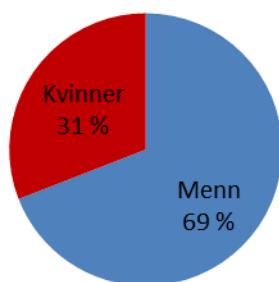
Kartleggingen av data har som nevnt tidligere omhandlet henvisninger som er mottatt i en gitt periode og innvilget behandling i UNN HF sine TSB seksjoner. Om resultatet av kartleggingen ville vist det samme om man hadde hentet ut datautvalget fra en annen tidsperiode, er uvisst. Men i og med at datautvalget er et omfattende materiale der utvalget består av i overkant av 400 henvisninger, mener vi at dette gir oss et representativt bilde over omfanget av «drop-out» fra og «ikke møtt» til behandling.

I forhold til resultatet av kartleggingen er det viktig å bemerke seg at arbeidet er utført som en del av et kvalitets- og fagutviklingsprosjekt og ikke som et forskningsprosjekt. I prosessen har en sett seg nødt til å gjøre noen skjønnsvurderinger da det har vært tilfeller hvor data ikke kommer klart frem i journalen. Dette medfører at resultatene ikke er 100 % etterprøvbare.

2.1 Samlet resultat fra hele datautvalget

Kjønnfordeling

Som man kan lese ut av figur 1, er 31 % av de som ble henvist og innvilget behandling innenfor kartlagte periode kvinner. Gjennomsnittsalderen på kvinnene er 38,95 år. 69 % av utvalget er menn der gjennomsnittsalderen er på 40,63 år. Gjennomsnittsalder for hele utvalget er 40,11 år.

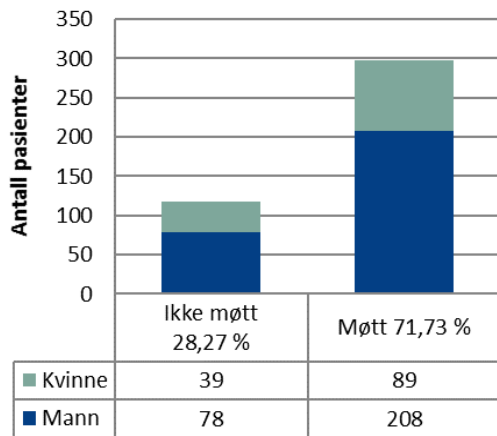


Figur 1. Kjønnfordeling for hele datautvalget.



Ikke møtt til behandling

Diagrammet nedenfor viser det totale antall «ikke møtt» og «møtt» til behandling, samt en fordeling på kjønn.



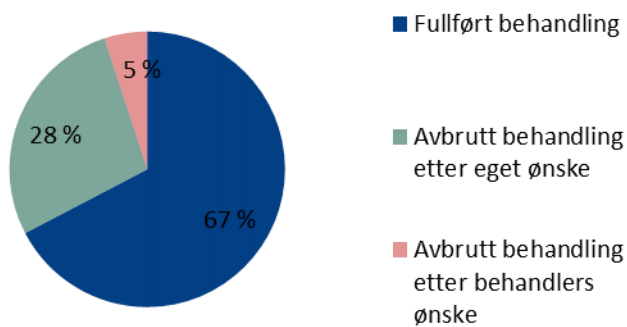
Figur 2. Oversikt over møtt/ikke møtt til behandling for hele datautvalget, inkludert fordeling på kjønn.

Som vi kan lese ut av figur 2. er det 117 av de 414 henviste pasienten som ikke møtte opp til planlagt behandling. Dette gir en «ikke møtt» prosent 28,27 %.

I 70 % av tilfellene der pasienten ikke møtte til behandling, ble behandlingsstedet informert om dette i forkant av pasienten selv eller hjelpeapparat.

Avbrutt behandlingsforløp

Figur 3. nedenfor viser en oversikt over hvor mange behandlingsforløp som ble fullført vs. avbrutt.



Figur 3. Oversikt over andel fullført/avbrutt behandling hos de som møtte til behandling.

Som figur 2. ovenfor viser så møtte 297 stk. av de som var henvist til behandling. Av disse var det 28 % som avbrøt sitt behandlingsforløp etter eget ønske og hos 5 % av pasientene valgte behandler å avbryte behandlingen før planlagt tid pga. ulike årsaker. Dette innebærer en «drop-out» på 33 %.

Et behandlingsforløp i TSB kan bestå av innleggelse/oppfølging ved to forskjellige behandlingsinstanser selv om det ansees som et helhetlig pasientforløp. Da for eksempel et kort opphold ved en avrusningsenhet etterfulgt av et lengre opphold ved en rusbehandlingsenhet. I



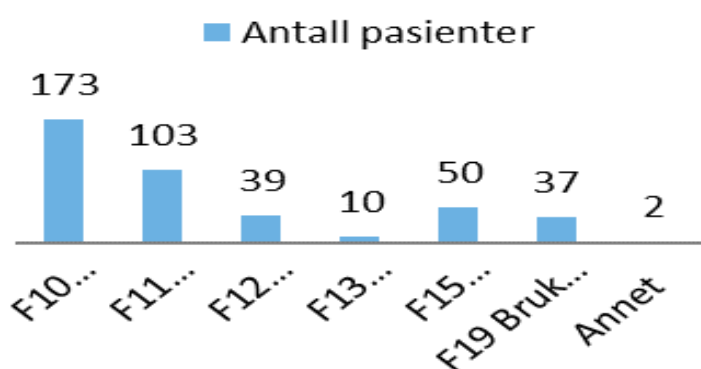
kartleggingen har vi derfor delt innleggelsene inn i variablene innlagt i første og andre behandlingsinstans.

Uavhengig av om pasient var innlagt ved en eller flere enheter, var det som nevnt tidligere 297 pasientforløp der behandling ble påbegynt. 72 av de 297 behandlingsforløpene ble brutt i løpet av opphold ved første behandlingsinstans. 84 stykk av de som fullførte behandling i første behandlingsinstans ble overført til en andre behandlingsinstans. I denne delen av behandlingen, var det 25 behandlingsforløp som ble brutt.

Diagnoser

Diagnose på pasienten har vi hentet ut fra den aktuelle henvisning og/eller epikrise. Vi har kun tatt utgangspunkt i hoveddiagnose i forhold rusproblematikk. Diagnoser er registrert under følgende variabler:

- F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol
- F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater
- F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider
- F13 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika)
- F14 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av kokain
- F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, inklusive kaffein
- F16 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av hallusinogener
- F17 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av tobakk
- F18 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flyktige løsemidler
- F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer
- Annet



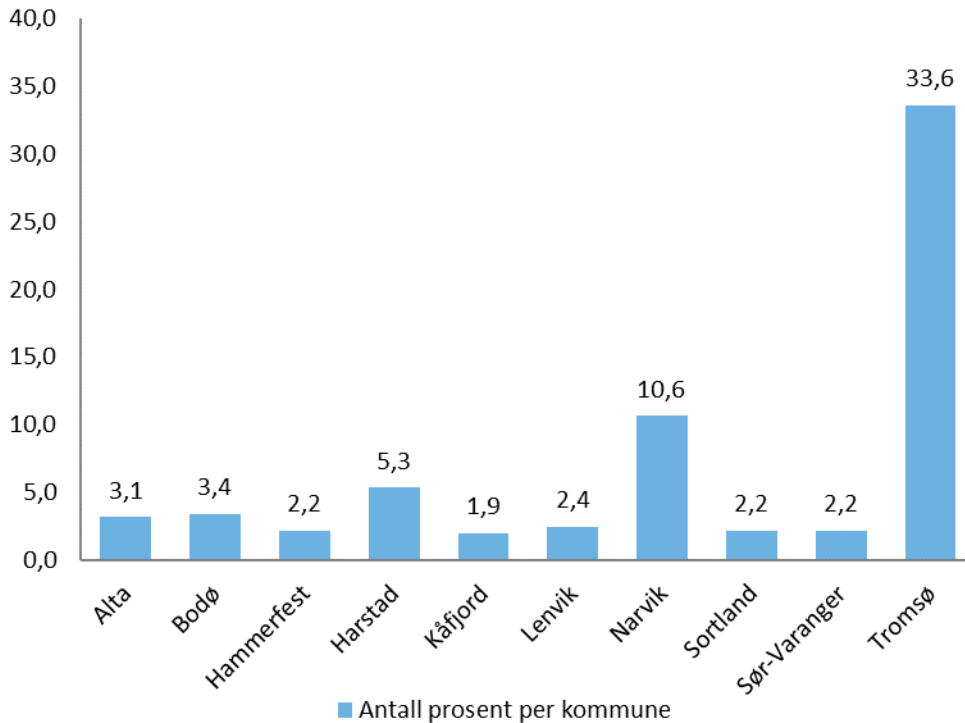
Figur 4. Fordeling på diagnose for hele datautvalget.

Figur 4. viser en oversikt over hvilke rusrelaterte diagnoser de kartlagte pasientene er registrert med. Som man kan lese av diagrammet er det overvekt av personer med alkohol problematikk, 42 % av de som var henvist i denne perioden hadde alkohol som primære rusmiddel.



Geografisk oversikt

Pasientene som ble henvist og innvilget behandling i den gitte perioden kom fra 73 forskjellige kommuner, hovedsakelig fra de 3 nordligste fylkene i landet: Nordland, Troms og Finnmark.

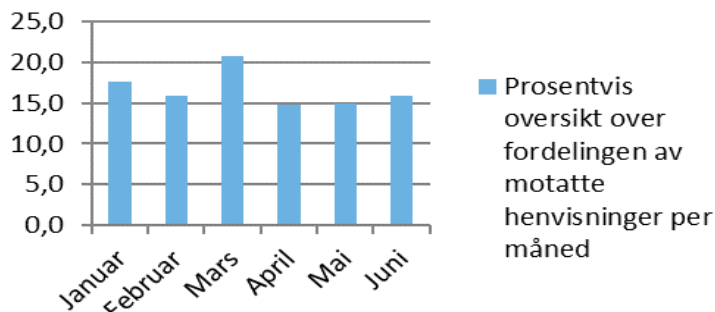


Figur 5. Oversikt over de 10 kommunene som er høyest representert i forhold til antall pasienter henvist.

Som man kan lese ut av figur 5. er 33,6 % av pasientene fra Tromsø kommune, 10,6 % er fra Narvik kommune og 5,3 % fra Harstad kommune.

Henvisningsmåned

I kartleggingen har vi sett på henvisninger mottatt i perioden januar t.o.m. juni 2014. Vi har blant annet registrert hvilken måned pasienten ble henvist, hvem som har henvist pasienten og om pasienten har vært henvist til behandling tidligere.



Figur 6. Henvisningsmåned

Som figur 6. viser er det flest pasienter som er henvist i mars måned.

42,8 % av pasienten er henvist av lege, mens 32,6 % er blitt henvist fra spesialisthelsetjenesten. De resterende 24,6 % er henvist fra kommunalt hjelpeapparat.



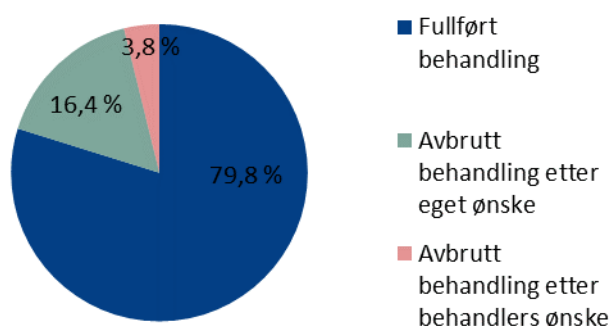
74 % av pasientene som ble henvist og innvilget behandling har tidligere vært henvist til rusbehandling i TSB.

2.2 Russeksjon Tromsø, Avrusning (RTA)

Russeksjon Tromsø, Avrusning er en avrusningsenhet med 10 døgnplasser lokalisert i Tromsø. Gjennomsnittets behandlingstid ved denne enheten er per dags dato 11.7 liggedøgn.

156 pasienter ble innvilget behandling ved denne enheten i gitte periode. Samtlige av disse hadde RTA som eneste eller som første del av sitt behandlingsforløp. Kjønnsmessig er fordeling 31 % kvinner og 69 % menn

52 stk. møtte ikke opp til behandlingen, dvs. en «ikke møtt» prosent på 33.34.



Figur 7. Oversikt over andel fullført/avbrutt behandling hos de 104 stk. som møtte til behandling ved Russeksjon Tromsø, Avrusning.

Figur 7. viser at 16.4 % av pasientene avbrøt sin behandling ved Avrusning, mens i 3,8 % av pasientforløpene ble behandlingen avbrutt av behandler pga. ulike årsaker. Med andre ord er «drop-out» under behandling ved RTA er på 20,2 %.

Fordelingen på hoveddiagnose hos pasientene som ble henvist og innvilget behandling er som følgende:

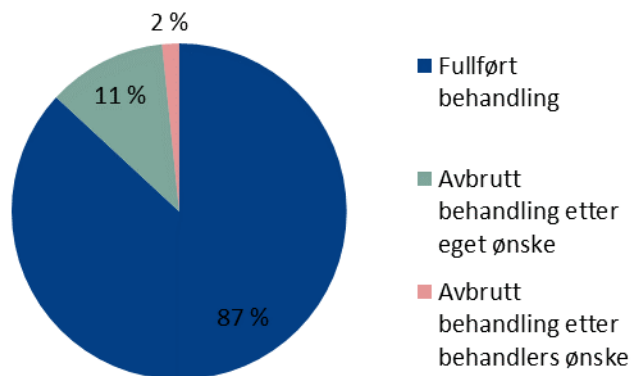
- **F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol- 52 stk.**
- **F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater- 53 stk.**
- **F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider- 8 stk.**
- **F13 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika- 2 stk.**
- **F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter- 14 stk.**
- **F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer- 26 stk.**
- **Annet- 1 stk.**

2.3 Russeksjon Narvik, Avrusning (RNA)

Russeksjon Narvik, Avrusning er en avrusningsenhet med 8 døgnplasser lokalisert i Narvik. Gjennomsnittets behandlingstid ved denne enheten er per dags dato 13,5 liggedøgn.



91 pasienter ble innvilget behandling ved RNA avrusing i gitte periode. 29 av de henviste er kvinner og 62 stykk er menn. 30 stk. møtte ikke opp til sin behandling ved RNA, noe som innebærer en «ikke møtt» prosent på 33.



Figur 8: Oversikt over andel fullført/avbrutt behandling hos de som møtte til behandling ved Russeksjon Narvik, Avrusning.

Figur 8. viser at av de 61 pasientene som møtte til behandling var det 11 % som avbrøt behandlingen sin etter eget ønske og i 2 % av pasientforløpene ble behandlingen avbrutt av behandler pga. ulike årsaker, dvs. at «drop-out» under behandling ved RNA er på 13,1 %.

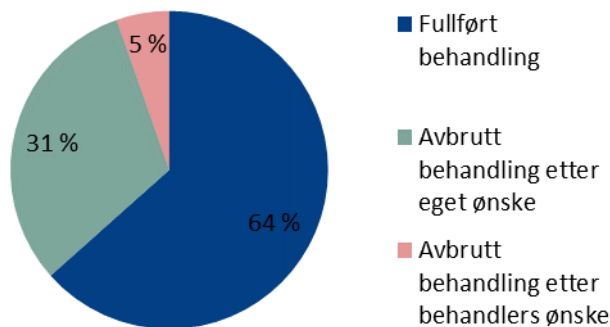
Fordelingen på hoveddiagnose hos de som ble innvilget behandling er som følgende:

- **F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol- 39 stk.**
- **F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater- 24 stk.**
- **F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider- 10 stk.**
- **F13 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika- 5 stk.**
- **F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter- 10 stk.**
- **F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer- 3 stk.**

2.4 Russeksjon Narvik, Døgn (RND)

Russeksjon Narvik, Døgn er en rusbehandlingsssenhet med 22 døgnplasser lokalisert i Narvik. Gjennomsnitts behandlingstid ved denne enheten er per dags dato 28,9 liggedøgn.

134 pasienter ble innvilget behandling ved RND i gitte periode. Kjønnsmessig er fordelingen 41 kvinner og 93 menn. 41 av 134 personer møtte ikke opp til behandling, dvs. en «ikke møtt» prosent på 30,6.



Figur 9. Oversikt over andel fullført/avbrutt behandling hos de som møtte til behandling ved Russeksjon Narvik, Døgn

Figur 9. viser at av de 93 pasientene som møtte til behandling var det 31 % av pasientene som avbrøt sin behandling etter eget ønske. I 5 % av behandlingsforløpene ble behandlingen avbrutt av behandler av ulike årsaker. Dette innebærer en «drop-out» under behandling ved RND på 36 %.

Fordelingen på hoveddiagnose hos de som ble innvilget behandling er som følgende:

- **F10** Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol- **60 stk.**
- **F11** Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater- **28 stk.**
- **F12** Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider- **17 stk.**
- **F13** Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika- **5 stk.**
- **F15** Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter- **17 stk.**
- **F19** Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer- **7 stk.**

2.5 Russeksjon Narvik, Poliklinisk virksomhet

7 pasienter ble innvilget poliklinisk behandling ved Russeksjon Narvik i gitte tidsrom. Kjønnsmessig er fordelingen 2 kvinner og 5 menn. 3 av 7 pasienter møtte ikke opp til sin behandling. Hos de 4 som møtte til behandling var det ett behandlingsavbrudd, der behandler avsluttet behandlingen av ulike årsaker.

Fordelingen på hoveddiagnose hos de som ble innvilget behandling er som følgende:

- **F10** Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol- **5 stk.**
- **F15** Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter- **2 stk.**

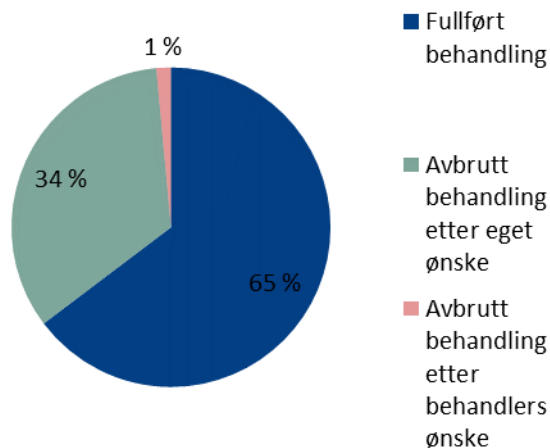
2.6 Russeksjon Tromsø, Ruspoliklinikken

Russeksjon Tromsø, Ruspoliklinikken er lokalisert i Tromsø og tilbyr poliklinisk behandling innenfor TSB.

89 pasienter ble innvilget behandling ved Ruspoliklinikken i gitte periode. Kjønnsmessig er fordeling 26 kvinner og 63 menn. 21 stk. av de henviste møtte ikke opp til sin behandling ved Ruspoliklinikken, dvs. et en «ikke møtt» prosent på 23,6. 3 av de som ikke møtte til



behandling ved Ruspoliklinikken, brøt sin behandling i en tidligere fase av behandlingsforløpet, da ved en annen behandlingsinstans.



Figur 10. Oversikt over andel fullført/avbrutt behandling hos de som møtte til behandling ved Russeksjon Tromsø, Ruspoliklinikken

Figur 10. viser at av de 68 stk. som møtte opp til behandling ved Ruspoliklinikken var det 34 % som avbrøt sin behandling etter eget ønske. I 1% av behandlingsforløpene ble behandlingen avbrutt av behandler. Dette innebærer en «drop-out» under behandling ved Ruspoliklinikken er på 35 %.

Fordelingen på hoveddiagnose hos de som ble innvilget behandling er som følgende:

- **F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol- 39 stk.**
- **F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater- 13 stk.**
- **F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider- 13 stk.**
- **F13 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika- 2 stk.**
- **F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter- 14 stk.**
- **F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer- 7 stk.**
- **Annet- 1 stk.**

2.7 Russeksjon Tromsø, Rusbehandling ung

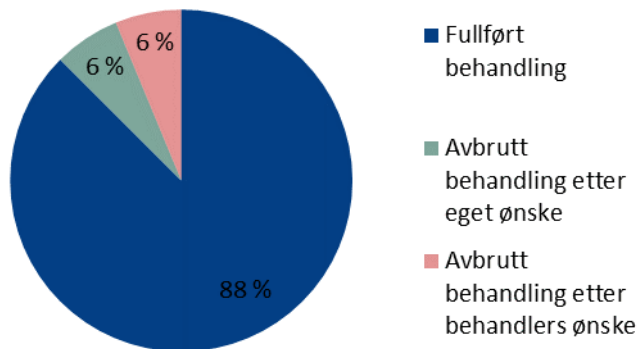
Russeksjon Tromsø, Rusbehandling ung er en rusbehandlingsenhet med 15 døgnplasser, lokalisert i Tromsø. Gjennomsnittlig behandlingstid ved denne enheten er per i dag 45,4 liggedøgn.

25 pasienter ble innvilget behandling ved Rusbehandling ung i gitte periode. Kjønnsmessig er fordelingen 9 kvinner og 16 menn. Fordelingen på hoveddiagnose hos de som ble innvilget behandling er som følgende:

- **F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol- 5 stk.**
- **F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater- 8 stk.**
- **F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider- 2 stk.**
- **F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter- 7 stk.**



9 stk. av de som var henvist til Rusbehandling ung møtte ikke opp til behandling, dvs. en «ikke møtt» prosent på 36 %. 1 av de som ikke møtte til behandling, brøt sin behandling i en tidligere fase av behandlingsforløpet.



Figur 11. Oversikt over andel fullført/avbrutt behandling hos de som møtte til behandling ved Russeksjon Tromsø, Rusbehandling ung.

Av de 16 stk. som møtte til behandling var det 6 % som avbrøt sin behandling etter eget ønske, mens i 6 % av behandlingsforløpene ble behandlingen avbrutt fra behandlers side, se figur 11. «Drop-out» under behandling ved Rusbehandling ung utgjør dermed 12 % (2 stk.).

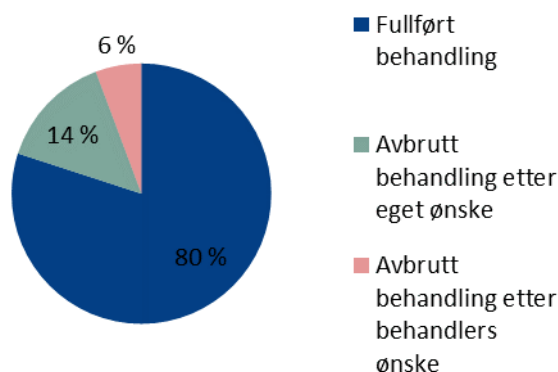
2.8 Russeksjon Tromsø, Rusbehandling Restart

Russeksjon Tromsø, Rusbehandling Restart er en rusbehandlingsenhet med 12 døgnplasser, lokalisert i Tromsø. Gjennomsnittlig behandlingstid ved denne enheten er per i dag 24,6 liggedøgn.

55 henvisninger ble innvilget behandling ved Rusbehandling Restart i gitte periode. Kjønnsmessig er fordelingen 16 kvinner og 39 menn.

20 stk. av de henviste møtte ikke opp til sin behandling ved Rusbehandling Restart, dvs. en «ikke møtt» prosent på 36,4 %. Samtlige av de som ikke møtte til behandling hadde et planlagt opphold ved Russeksjon Tromsø, Avrusning før de skulle til Rusbehandling Restart. 19 av disse møtte ikke opp til behandlingen ved Avrusning og dermed heller ikke til oppholdet på Restart, mens 1 stk. brøt sin behandling under oppholdet på Avrusning.

Figur 12. på neste side viser at av de 35 stk. som møtte til behandling var der 14 % som valgte å avbryte sin behandling etter eget ønske. I 6 prosent av behandlingsforløpene ble det besluttet brudd i behandlingen fra behandlers side. Dette innebærer en «drop-out» under behandling på 20 %.



Figur 12. Oversikt over andel fullført/avbrutt behandling hos de som møtte til behandling ved russeksjon Tromsø, Rusbehandling Restart.

Fordeelingen på hoveddiagnoser hos de som ble innvilget behandling er som følgende:

- **F10** *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol*- **33 stk.**
- **F11** *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater*- **12 stk.**
- **F12** *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider*- **8 stk.**
- **F15** *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter*- **4 stk.**
- **F19** *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer*- **2 stk.**

2.9 Logistisk regresjonsanalyse

En logistisk regresjonsanalyse ble gjennomført på variablene «møtt til behandling» og «fullført behandling». En regresjonsanalyse er innen statistikk en kvantitativ analyse av sammenhenger mellom en avhengig variabel og en eller flere variabler. Regresjonsanalyse kan vise i hvilken grad en variabel samvarierer med en annen variabel (<https://snl.no/regresjonsanalyse>).

Siden overnevnte to variabler er dikotomt kodet som 0 (ikke møtt til behandling, eller ikke fullført behandling) eller 1 (møtt til behandling, eller fullført behandling), beregner regresjonsanalysen odds-ratio (OR) som antyder i hvilken grad variabelen predikerer om pasienter møter til eller fullfører behandling.

Dersom OR er høyere enn 1, angir variabelen en økt sannsynlighet for å enten «møte til» eller «å fullføre» behandlingen. Dersom OR derimot er lavere enn 1 er sannsynligheten lavere, dvs. at variabelen angir at pasienten «ikke møter» til eller «ikke fullfører» behandlingen. Den angitte p-verdien til hver prediktor (variabel) antyder hvor sannsynlig det er at dette funnet vil gjenta seg om studien ble gjennomført på nytt. En p-verdi lik 0,05 innebærer 5 % risiko for å konkludere feil, og p-verdier lavere enn 0,05 regnes som statistisk signifikante.



Tabell 1. Logistisk regresjonsmodell for pasienter som møter til behandling

	OR	OR 95%	p-verdi
Konstant	1,10		
Kjønn			
Mann	1,61	0,79 - 3,31	0,19
Kvinne	1,00		
Alder	1,02	0,99 - 1,05	0,21
Omsorg barn			
Ja	0,67	0,18 - 2,49	0,55
Nei	1,00		
Har egen bolig			
Ja	0,41	0,17 - 1,00	0,05
Nei	1,00		
Direkte kontakt			
Ja	2,08	1,02 - 4,27	0,05
Nei	1,00		
Henvist av			0,86
Lege	1,00		
Spesialist	0,80	0,36 - 1,78	0,58
Kommunalt	0,89	0,39 - 2,01	0,78
Rusdiagnose			0,07
Alkohol	1,00		
Flere typer	1,87	0,47 - 7,48	0,38
Andre stimulant	0,81	0,28 - 2,34	0,69
Cannabis	3,63	0,96 - 13,76	0,06
Opiat	2,43	1,03 - 5,73	0,04
Ventetid (uker)	0,99	0,89 - 1,09	0,76

Notat. OR = Odds-Ratio, OR 95% = 95% sannsynlighet for at OR befinner seg innenfor dette området, p-verdi = sannsynligheten for et statistisk signifikant resultat (uthevede tall angir høy sannsynlighet, $p < 5\%$ sjanse for feil).

Forklaring av funn i tabell 1

Analysen viste at to variabler statistisk signifikant predikerer hvem som møter til behandling. Pasienter som ikke har egen bolig og som behandlingsstedet får direkte kontakt med, møter med større sannsynlighet til behandling. De øvrige variablene var ikke statistisk signifikante.



Variabelen rusdiagnose er tentativt signifikant ($p = 0,07$). Om man trekker denne inn i tillegg, så møter opioid avhengige med høyere sannsynlighet til behandling sammenlignet med alkoholavhengige pasienter. Men påliteligheten av denne variabelen er mer usikker. Omregnet til sannsynligheter: Dersom kun de to variablene som var statistisk signifikante tas inn i en endelig statistisk justert modell, er sjansen for å møte til behandling 79 % blant pasienter uten egen bolig og 62% blant pasienter med egen bolig. Om behandlingsstedet får direkte kontakt med pasienten før oppmøte, øker sjansen fra 79% til 87% for å møte til behandling.

Tabell 2. Logistisk regresjonsmodell for pasienter som fullfører behandling

	OR	OR 95%	p-verdi
Konstant	0,27		
Kjønn			
Mann	1,55	0,71 - 3,37	0,28
Kvinne	1,00		
Alder	1,04	1,01 - 1,08	0,02
Omsorg for barn			
Ja	1,76	0,37 - 8,41	0,48
Nei	1,00		
Har egen bolig			
Ja	1,47	0,69 - 3,14	0,32
Nei	1,00		
Direkte kontakt			
Ja	0,87	0,37 - 2,04	0,75
Nei	1,00		
Henvist av			0,89
Lege	1,00		
Spesialist	0,82	0,35 - 1,91	0,64
Kommunalt	0,86	0,37 - 2,04	0,74
Rusdiagnose			0,39
Alkohol	1,00		
Flere typer	1,02	0,27 - 3,94	0,97
Andre stimulant	0,62	0,17 - 2,21	0,46
Cannabis	2,85	0,72 - 11,33	0,14
Opiat	1,22	0,49 - 3,03	0,68
Ventetid (uker)	0,98	0,88 - 1,09	0,72

Notat. OR = Odds-Ratio, OR 95% = 95% sannsynlighet for at OR befinner seg innenfor dette området, p -verdi = sannsynligheten for et statistisk signifikant resultat (uthevede tall angir høy sannsynlighet, $p < 5$ % sjanse for feil).



Forklaring av funn i tabell 2

Analysen viste at kun en variabel statistisk signifikant predikerer hvem som fullfører behandling, og det er pasientens alder. Oddsen for å fullføre behandlingen øker med 1,04 for hvert år fra fylte 18 år.

Omregnet til sannsynligheter: Basert på alder som eneste signifikante effekt i den statistiske modellen, øker sjansen for å fullføre behandlingen fra 62% til 68% og 73% om pasientens alder er 28, 40 eller henholdsvis 52 år.

3. Oppsummering

Denne delrapporten fremstiller omfanget av drop-out og «ikke møtt» til UNN HF sine TSB seksjoner. Tallene er som nevnt innledningsvis er basert på en manuell kartlegging gjort på henvisninger mottatt og innvilget behandling i en gitt periode.

Før vi startet kartleggingen hadde prosjektgruppen et inntrykk av at andelen som ikke møter til behandling var en større utfordring i våre TSB seksjoner enn avbrudd i behandlingen. Ved å gjøre denne kartleggingen har vi fått informasjon om at vårt inntrykk ikke stemte helt overens med resultatet denne kartleggingen har gitt. Det viser seg ut i fra kartleggingen at i UNN HF sine TSB seksjoner er frafall fra behandling mer utbredt enn det å ikke møte til behandling. 33 % av pasientene som møter til avtalt behandling avbryter sitt behandlingsforløp, mens 28,27 % av de henviste pasientene møter ikke opp til planlagt behandling. Selv om vi gjennom denne kartleggingen har fått data som sier oss at drop-out fra behandling skjer i større omfang enn «ikke møtt» til behandling, vil vi understreke at kartleggingen har vist oss at «ikke møtt» til behandling og en sentral del av vår pasient gruppe. Om man ser på fenomenet drop-out fra behandling og det å ikke møte til behandling samlet, er det slik at i overkant av 51 % av samlet datautvalg enten ikke møter til behandling eller avbryter påbegynt behandling.

Hanne Brorson et al. (2013) referer i sin artikkel til at nyere studier på drop-out fra rusbehandling viser at drop-out i avgiftning er 21,5-43 %, drop-out i poliklinikk er 23-50 % og i døgnbehandling 17-57 %. Dette viser at forekomsten av drop-out vi har i våre TSB seksjoner ikke skiller seg ut fra internasjonale tall.

Relevant forskning viser det at de fire mest forekomne risikofaktorene som øker faren for drop-out er lav alder, lav allianse med behandler og behandlingssted, svekket kognitiv fungering og dyssosial personlighetsforstyrrelse (Brorson et al. 2013). Selv om forskning har konkludert med dette ønsket vi i vår kartlegging å se om vi kunne finne noen faktorer som påvirker om pasienten avbryter behandlingen. I den forbindelse har vi fått utført en regresjonsanalyse drop-out. Regresjonsanalysen viser at det er kun en av våre utvalgte variabler som statistisk signifikant predikerer hvem som fullfører behandling, og dette er pasientens alder. Oddsen for å fullføre behandlingen øker med 1,04 for hvert år, dvs. at jo yngre man er, jo større fare for at man avbryter behandlingen. Dette er i tråd med forskningen det refereres til i artikkelen Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors (Brorson et al., 2013).

Resultatene fra denne kartleggingen viser altså at det er et høyt antall av pasientene som henvises til behandling i UNN HF sine TSB seksjoner som ikke møter til behandling eller avbryter påbegynt behandling. Våre tall avviker ikke fra internasjonale studier, men det er likevel et faktum at «ikke møtt» til behandling og «drop-out» fra behandling til sammen utgjør hele 51 %, noe som vi tolker dithen at det er behov for å jobbe med denne problematikken.



Referanseliste

- Brorson, Hanne H, Arnevik, Espen Ajo, Rand-Hendriksen, Kim og Duckert, Fanny: "*Drop---out from addiction treatment: A systematic review of risk factors*". Clinical Psychology Review 33 (2013) 1010-1024.
- <https://snl.no/regresjonsanalyse>